Rok XLIV. Kraków 22 Lipca 1905. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej i pracowni doświadczalnej Profesora Kadera w Krakowie.

Kora mózgowa w świetle badań chirurgii.

Przyczynek do nauki o umiejscowieniu i odnawianiu się ośrodków korowych.

Podał

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk

Asystent kliniki.

Celem niniejszej pracy jest omówienie najważniejszych poglądów, wypowiedzianych o korze mózgowej i o położeniu ośrodków w korze w zastosowaniu do celów chirurgii. Nawet najdokładniej opracowana nauka o umiejscowieniu ośrodków korowych nie może być dla chirurga zupełnie miarodajną, wymaga się bowiem od niego, by szedł ze swoim trepanem tam, gdzie ognisko chorobowe leży, a nie, gdzie leżeć powinno. Traktowanie sprawy li tylko ze stanowiska fizyologicznego nie może też nam wystarczać; przy operacyi liczyć się musimy nietylko z samą sprawą chorobową, odnosząc wprost do niej spotykane objawy, lecz i z wielu innymi ubocznymi czynnikami, mylącymi nieraz nasze rozpoznanie, a w końcu i ze stosunkami anatomicznymi, jakie spotkać możemy.

W doświadczeniach moich na zwierzętach starałem się stwarzać warunki, odpowiadające zupełnie zmianom, jakie spotykamy przy łóżku chorego, t. j. nie chodziło mi o oznaczenie ścisłego umiejscowienia ośrodków, lecz owszem, opierając się na postulatach fizyologii, starałem się zbadać, czy takie ścisłe umiejscowienie niema czasem jakichś wyjątków od reguły, dalej — o ile ono jest i może być ścisłem dla chirurga, a w końcu, czy ośrodki korowe są *conditio sine qua non*, lub też, czy możebnem jest odnawianie się lub wzajemne ich zastępowanie się.

Nie było więc moim zamiarem potwierdzanie lub zwalczanie dotychczasowych zapatrywań i praca niniejsza nie ma do tego pretensyi. Gdyby budowa i kształt kory mózgowej były u wszystkich ludzi jednakie, z pewnością umiejscowienie ośrodków, podane nam przez fizyologię, byłoby dla nas zupełnie, a przynajmniej bardzo miarodajnem. Tak jednak nie jest i słusznie też mówi Braun (Göttingen) na 32 Zjeździe chirurgów w Berlinie: „Chirurg przy operacyi na mózgu nie jest często w możności ocenić dokładnie, gdzie się znajduje; znać może tylko daną okolicę mózgową, może drażnić korę elektrycznie i powiedzieć, że był w miejscu, którego drażnienie wywołało te a te ruchy i nic więcej. Wszystkie zbyt dokładne określania polegają zwykle na łudzeniu w pierwszym rzędzie samego siebie".

Z pomroków tajemniczych, fantastycznych hipotez i przypuszczeń o mózgu i jego czynności wyłoniło się zapatrywanie Galla [1]), jako pierwsze oparte na mniej więcej naukowym podkładzie. Uczony ten stworzył naukę zwaną frenologią. Treść jej da się ująć w kilku słowach: powierzchnię kory mózgowej pokrywają pola, będące siedliskami wrodzonemi pewnych stanów psychicznych, cech, przywar lub zalet danego osobnika. Od ich większego lub mniejszego rozwoju zależy późniejszy charakter człowieka i jego skłonności. Ponieważ czaszka jest niejako odbiciem kształtu mózgu, przeto już z badania wypukłości na niej można wyrobić sobie zdanie o badanym osobniku. Późniejsza nauka zbiła wprawdzie poglądy Galla, nie można jednak zaprzeczyć, że pewne przypuszczenia tego badacza o umiejscowieniu w korze mózgowej okazały się prawdziwemi, naprzykład siedliska mowy w płacie czołowym mózgu. Czy to przypisać należy wielkiej intuicyi Galla, czy też przypadkowi, orzec trudno. Möbius ma Galla za wielkiego geniusza i w pracach swoich zgadza się w wielu punktach z przypuszczeniami tegoż. Następcą Galla w nauce o umiejscowieniu w korze mózgowej został dopiero Flourens. W przeciwieństwie do Galla twierdził, że wszystkie części kory mózgowej w równej mierze i wspólnie spełniają wszystkie czynności i że żadnej specyalizacyi między niemi niema. Zdanie Flourensa na pół wieku zamknęło badania nad korą mózgową i dopiero w roku 1870 Fritsch i Hitzig wykazali, że drażnienie pewnych części kory mózgowej wywołuje kombinowane ruchy przeciwnej połowy ciała, a wycięcie tych części — porażenia. Twierdzenie to wspólnie ze spostrzeżeniami dawniejszemi Bouillarda, Daxów i Broca o umiejscowieniu mowy, zmieniły zupełnie zapatrywania na tę sprawę, pchnęły naukę na nowe tory doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych, a mgliste przypuszczenia zmieniły w pewniki naukowe. Flourens, uznawszy półkule mózgowe za całość niepodzielną, twierdził, że zniszczenie pewnych ich części nie powoduje żadnego oddziaływania, gdyż inne części mózgu zaraz zastępują utracone. Fritsch i Hitzig przekonali się jednak, że drażnienie elektryczne pewnych części mózgu wywołuje kombinowane ruchy przeciwnej połowy ciała; natomiast takie samo drażnienie innych części pozostaje bez wpływu. Wrażliwość ta z wiekiem osobnika ma wzrastać, a w początkach życia niema jej wcale. Wycięcie tych części drażliwych wywoływało porażenia; Hitzig uważał je jednak za zmiany w czuciu mięśniowem i utratę zdolności wyrabiania sobie pojęcia o położeniu ciała.

[1]) Arystoteles sądził, że serce jest środkowym narządem wrażeń i woli. Dopiero Gallen przeniósł siedlisko czynności nerwowych do mózgu.

Dalsze badania (Exner, Nothnagel, Goltz, Charcot, Ferrier, Jacksohn, Tamburini i inni) dowiodły niezbicie, że w korze mózgowej znajdują się pewne okolice, których zniszczenie wywołuje porażenie mięśni przeciwnej połowy ciała. Okolice te w korze mózgowej tworzą wspólnie tak zwaną sferę-ruchową. Wykryto je najpierw, gdyż porażenie ruchów u zwierzęcia rzuca się przedewszystkiem w oczy.

Po sferze ruchowej odkryto wzrokową, dalej mowy, słuchu i czucia, a w końcu podzielono cały mózg na odrębne pola.

O ile dawniej nie uznawano żadnych specyalnych ośrodków, o tyle potem za dużo ich malowano na szematach. Prawda leży, jak zwykle, po środku. Obecnie też nie uznajemy wprawdzie kory mózgowej za jednolitą całość, z drugiej jednak strony przyjmujemy łączność i wspólność wielu ośrodków. Kora mózgowa, powlekająca substancyę białą, przedstawia warstwę komórek nerwowych, grubą na 2—6 mm. Komórki kory mają kształty różne, wrzecionowate, piramidalne, gwiazdkowate i t. d. Starano się określić nawet w przybliżeniu ich ilość. I tak panna Thompson nalicza ich liczbę na 9,282,826,403. Objętość ich ma stanowić 1,37% objętości całego mózgu.

Ciężar komórek nerwowych kory obliczają na 27 gm. Pojedyncze komórki połączone są z sąsiedniemi, a nawet dalszemi tej samej i drugiej półkuli zapomocą tak zwanych włókien kojarzennych (asocyacyjnych).

Od kory i jej komórek biegną włókna do wzgórków wzrokowych i pochewki, by dalej przejść do nóżek mostu, móżdżku i t. d. Uszkodzenie samej substancyi szarej mózgu, t. j. kory, należy do wyjątków; zwykle prócz niej zajętą bywa i leżąca tuż pod nią część substancyi białej. Sama kora jest bardzo wrażliwą. Drażnienie n. p. odsłoniętej kory zimnem wywołać może porażenia, trwające po kilka godzin. Nothnagel wstrzykiwał zwierzętom przez otwór w czaszce roczczyny kwasu chromowego i otrzymywał podrażnienia, trwające do 2 tygodni.

Prócz tego kora mózgowa wrażliwą jest bardzo na ucisk. Ucisk ten, trwający nawet niedługo, wywołuje zaraz porażenia. W jednym n. p. przypadku w klinice zmuszeni byliśmy wsunąć tampon między kość i oponę, a samą korę mózgową w okolicy skroniowej. Ucisk ten, zresztą nawet nie silny, wywołał porażenie mowy i mięśni twarzy, które po wyciągnięciu tamponu znikło.

Elektryczność jest bardzo silnym bodźcem dla kory mózgowej. Prądu galwanicznego w doświadczeniach nie można stosować ze względu na jego działanie elektrolityczne. Natomiast prąd indukcyjny jest bardzo dobrą wskazówką w wyszukiwaniu ośrodków ruchu, działać musi jednak z 10 sekund i być dość silnym, co ma znów tę wadę, że wywołuje często napad padaczkowy, niszczący całe doświadczenie.

Najwięcej używanym środkiem badania kory mózgowej i położenia jej ośrodków jest bezpośrednie jej niszczenie i to zapomocą łyżeczki ostrej, noża lub przypalania. Zraniona część mózgu przedstawia po pewnym czasie dno żółte, rozmiękłe w głąb, od jednego do kilku milimetrów. Gojenie to trwa mniej więcej 2 do 4 tygodni. Miejsce operowane pokrywa się w końcu ziarniną i zabliźnia. W okresie rozmiękczenia sprawa rozszerza się odśrodkowo, co powoduje często nowe następcze wypadanie funkcyi mózgowych.

Wyników badań na zwierzętach nie można wprost odnosić do ludzi i to jest przyczyną, że wiele rzeczy w nauce o korze mózgowej jest dla nas jeszcze ciemnych. Najpierw zwierzęta znoszą zabiegi na mózgu stosunkowo bardzo dobrze. Im zwierzę niższe na skali rozwoju, tem utrata nawet dużej części mózgu jest dla niego mniej poważną i po operacyi nie okazuje często żadnego większego schorzenia. Mam n. p. między mojemi zwierzętami operowanemi gołębia, któremu usunąłem znaczną część kory półkuli lewej. Gołąb ten po operacyi chodził i latał zaraz swobodnie.

Następnie u zwierząt porażenia korowe po operacyi znikają bardzo prędko, bo w dwa do pięciu tygodni.

Wycięcie ośrodków pozostaje czasem bez skutku, lub występaje chwilowe wypadnięcie funkcyi, które mniej lub więcej powoli się wyrównywa. Operowane psy uczą się prędko znowu chodzić, a nawet widzieć i słyszeć. Spostrzeganie jest tu naturalnie bardzo trudne, najczęściej też badać możemy tylko sferę ruchową, gdyż ta swemi porażeniami rzuca się zaraz w oczy.

Wielką wartość naturalnie ma także spostrzeganie kliniczne na ludziach, zwłaszcza, że ośrodki u człowieka leżą nieco inaczej, niż u zwierząt. W jednym przypadku byłem właśnie w tem położeniu, że mogłem spostrzegać u człowieka bezpośrednio korę mózgową w okolicy sfery ruchowej przez czas dłuższy. Przypadek ten, o którym mówiłem zarazem w Towarzystwie Lekarskiem i na Zjeździe Chirurgów polskich w roku 1903, dał mi właśnie pochop do niniejszej pracy. Najprzystępniejszą do badania w korze mózgowej, jak wspominaliśmy, jest sfera ruchowa, t. j. część kory, leżąca u człowieka w okolicy rowka środkowego Rolanda. Liczne przypadki chorobowe dozwoliły określić bliżej rozmieszczenie ośrodków, a dokładną topografię zawdzięczamy między innymi Exnerowi, który zestawił większą liczbę przypadków mózgowych i z nich wysnuł wnioski. Exner postępował w trojaki sposób, t. j. używał trojakich metod.

1) Metody ujemnych spostrzeżeń (*negative Fälle*). Na odlewach gipsowych znaczył ciemno partye kory mózgowej, zajęte sprawą chorobową z przypadków, w których nie było porażenia danej grupy mięśni i w ten sposób część nie zamalowana oznaczała położenie tegoż ośrodka.

2) Metody dodatnich spostrzeżeń. Postępowanie tutaj było odwrotne, t. j. malował na odlewie części kory, zajęte przez sprawę chorobową, której efektem było porażenie w danym ośrodku.

3) Metody obliczenia odsetkowego. Półkulę mózgową dzielił na wielką liczbę równych pól i obliczał w ilu przypadkach dane pole było zajęte i w ilu z nich dany objaw występował.

Stosowanie tych metod wspólnie, ma tę zaletę, że jest zarazem kontrolą własną i pozwala odróżniać rzeczy przypadkowe od istotnych.

Wprawdzie Exner wyraził życzenie, by i jego następcy w ten sposób postępowali, uczynić to jednak nie

łatwo, gdyż obecnie prawie zawsze spotykamy w piśmiennictwie określenia „w okolicy ośrodka tego a tego“, a nie w okolicy „rowka tego a tego“, a wielka to szkoda, bo nauka o lokalizacyi w korze mózgowej, nawet sfery ruchowej, nie jest rzeczą pewną i dokładnie znaną tak, jak wielu mylnie sądzi.

W ostatnich czasach dołączono jeszcze inne bardzo cenne metody badań lokalizacyi. Należy do nich przedewszystkiem obwodowe drażnienie z równoczesnem badaniem kory mózgowej t. j. zachodzących w niej zmian elektrycznych (Beck-Cybulski); dalej badanie drugorzędnego zwyrodnienia po zniszczeniu pewnych części układu nerwowego, a w końcu badanie płodowego rozwoju włókien nerwowych. Metodę tę wprowadził głównie Flechsig, a odczyt jego *„Über Associationscentren des menschlichen Gehirns“* na Kongresie psychologów w Monachium w roku 1896 niemałe uczynił wrażenie. Flechsig, badając mózgi dzieci, noworodków i płodów, doszedł do przekonania, że nerwy otrzymują swą otoczkę rdzeniową w różnych okresach czasu. Najpierw dostają ją nerwy czuciowe (także zmysłu mięśniowego), potem węchowe, wzrokowe, słuchowe i t. d.

To spostrzeżenie daje nam możność oceniania przebiegu nerwów ku korze mózgowej, widzimy, n. p., że nerwy czuciowe wysyłają włókna do okolicy rowka środkowego; węchowe od *gyrus uncinatus* i *frontalis* aż do *gyrus fornicatus* i *hippocampi;* oczne do *fissura calcarina, lobulus lingualis* i t. d.; słuchowe do pierwszego zwoju skroniowego i t. d.

Dla smaku nie znamy dokładnego przebiegu włókien; ośrodki leżą zapewne w okolicy sfery ruchu lub czucia. Bechterew umiejscawia ośrodki smaku u psa w przednich dolnych odcinkach 3 i 4 zwoju pierwotnego (Urwindung). Według niego ośrodek gorzkiego smaku ma się znajwać w dolnym odcinku *gyrus sylvicus anter.;* słonego ponad nim, kwaśnego w dolnym odcinku *gyrus ectosylvicus anterior.,* a słodkiego w górnej jego części.

U małpy i człowieka ośrodek smaku ma leżeć w wieczku *(operculum)*. Flechsig rozróżnia też trzy główne węzły kojarzenia wrażeń nerwowych, tylny (psychiczny, pamięciowy), średni (słuchowy, ruchowy, czuciowy) i przedni (uwagi i samodzielnego działania).

Jako wreszcie najnowszy sposób, nie zbadany jeszcze ściśle naukowo i nie dowiedziony, jest sposób Charpentiera, polegający na badaniu umiejscowienia korowego z pomocą tak zwanych promieni N. Blondlota.

Promienie te wykrył Blondlot prócz promieni rentgenowskich i katodalnych w rurce Crookesa. Różnią się one od promieni X. tem, że ulegają załamaniu i nie oddziaływują na kliszę fotograficzną; w zamian za to posiadają jednak wybitną zdolność zwiększania siły światła, padającego na daną powierzchnię. Źródłem tych promieni, prócz rurki Crookesa, mogą być lampa Auera, żarowa. Volty, blaszka srebrna rozżarzona, słońce, dalej ciała poddane silnemu ciśnieniu, metale ściskane lub skręcane, dalej ciała znajdujące się w stanie wymuszonej równowagi, n. p. łzy batawskie, stal hartowana, a w końcu układ nerwowy i mięśniowy w stanie czynnym. Jeżeli więc według Charpentiera badamy osobnika w pokoju ciemnym i w odległości jednego centymetra trzymamy nad głową jego rurkę z fosforyzującym siarczkiem wapnia około skroni, to w razie, gdy osobnik ten zacznie mówić, blask rurki nagle wzrasta, a gdy przerwie mowę, blask się przyćmiewa.

Podobnie zachowywać się mają ośrodki ruchowe, a także podczas pracy umysłowej ilość tych promieni ma się zwiększać.

Stan nauki o umiejscowieniu ośrodków nerwowych nie jest jeszcze ustalony: przedstawiam go według podania Exnera.

Pola ruchowe w lewej półkuli są większe i silniej rozwinięte, niż w prawej.

Najrozleglejszy jest ośrodek ręki prawej. W każdym ośrodku rozróżnić należy część tak zwaną względną od bezwzględnej. Zniszczenie pierwszej wywołać może, zniszczenie zaś drugiej wywołać musi porażenie. Położenie ośrodków w obu półkulach jest nieco inne, omówimy je zatem osobno.

Ośrodek kończyny górnej (półkula prawa) zajmuje bezwzględnie: płatek przyśrodkowy (*lobulus paracentralis*), zakręt środkowy przedni (*gyrus centralis anter.*) bez dolnych jego części, zakręt środkowy tylny (*gyrus centralis post.*), zwłaszcza część środkową tegoż. Kończyna górna (półkula lewa): płatek przyśrodkowy (*lobulus paracentralis*). Obie górne: $^{3}/_{4}$ zwojów środkowych, część zakrętu ciemieniowego górnego (*gyrus parietalis superior*), część zakrętu potylicznego *(gyrus occipitalis)*.

Względne położenie ośrodków kończyny górnej w płacie czołowym, ciemieniowym, potylicznym, klinowatym *(cuneus)*.

Ośrodek kończyny dolnej (półkula prawa): płatek przyśrodkowy *(lobulus paracentralis)*, zakręt środkowy przedni (*gyrus centralis anter.*), mianowicie części górne, zakręt środkowy tylny (*gyrus centralis poster.*), części górne. Kończyna dolna (półkula lewa): płatek przyśrodkowy, zakręt środkowy od góry, górna część zakrętu ciemieniowego górnego (*gyrus parietalis superior*).

Względne: zakręt czołowy górny, płatek czworoboczny.

Ośrodek nerwu twarzowego, prawa półkula: dolna część zakrętu środkowego przedniego, brózda czołowa górna i dolna; dla półkuli prawej Exner nie uznaje bezwzględnego ośrodka, lecz tylko względny w miejscach, jak w półkuli lewej.

Ośrodek nerwu podjęzykowego, lewa półkula: dolna część zakrętu środkowego przedniego w miejscu zetknięcia się zakrętu czołowego średniego i dolnego.

W półkuli prawej bezwzględnego ośrodka niema, lecz względny, w miejscach jak wyżej.

Ośrodek ruchu gałek ocznych: zakręt ciemieniowy górny i dolny; ośrodek nerwu trójdzielnego w miejscu połączenia bruzdy czołowej dolnej z bruzdą przyśrodkową.

Ośrodek kończyny górnej zajmuje, jak to już wspomnieliśmy, o wiele większą przestrzeń, niż kończyny dolnej i cechuje się nadto bardzo wielką czułością, t. j. że nawet drobna zmiana chorobowa wywołuje już jego porażenie, czego o ośrodku kończyny dolnej powiedzieć nie można. W ośrodkach kończyn wykazać się dają znowu ośrodki pojedynczych grup mięśni. Pewności co do położenia ich niema; przytaczam tutaj topografie według własnych spostrzeżeń. (*Patrz fig. I*).

Sherrington i Grünbaum w doświadczeniach na

gorylu, szympansie i orangutanie starali się znów zapomocą drażnienia faradycznego udowodnić, że ośrodki ruchowe leżą li tylko w zawoju przednim aż do bruzdy



Fig. I. — *Rozmieszczenie ośrodków sfery ruchowej.*

przyśrodkowej (*sulcus parecentralis*). Sprawa ta omawianą była między innemi na Zjeździe Towarzystwa niemieckich chirurgów w Berlinie, gdzie Krause ją poruszył. Bezwątpienia zwój przedni ma najważniejsze znaczenie w topografii ośrodków i w okolicy jego i więcej ku przodowi leżą na pewne inne ośrodki, jak n. p. nerwu twarzowego, podjęzykowego i t. d. Szemat, podany przez Sherringtona, podaję poniżej. (*Patrz fig. II*).



Fig. II. — *Szemat mózgu małpiego.*
a palce nóg, *b* kolano, *c* łydka, *d* ramię, *e* kark, *f* usta, *g* twarz, *h* język, *i* plecy, *j* łokieć, *n* palce, *k* wielki palec, *l* uszy, *o* powieki, *p* nos, *r* struny głosowe, *s* sfera wzroku.

Autor ten twierdzi także, że nie można lokalizować ośrodków i ich ognisk ściśle podług rowków. Że sfera ruchowa leży może głównie w zwoju przednim, dowodzą tego między innemi i bezpośrednie spostrzeżenia chirurgów, jak n. p. Sinklera, Pottera, Leszynskyego, Glassa i Stewarta.

Keen drażnił prądem środkową część bruzdy przedniej blizko bruzdy przyśrodkowej i otrzymywał ruchy palucha i palców, prostowanie i odwodzenie ręki, zgięcie i wyprostowanie łokcia i odwodzenie ręki.

Mill, drażniąc wieczko (*operculum*), otrzymał zboczenie gałek ocznych w stronę przeciwną, powyżej prostowanie ręki, poniżej wyciąganie ust ku górze i na zewnątrz, nieco do tyłu, zginanie ręki i palców. Bergmannowi udało się wywołać prostowanie palca dużego lewej nogi, a w drugim przypadku drganie palucha i ramienia. Podobne spostrzeżenia robili Lloyd, Deaver, Bartholow, Sciamanna, Nancrede, Horsley. Dotąd wiemy, że ośrodki pojedynczych grup mięśni znajdują się wyosobnione w sferze ruchowej; dokładnego ich położenia jednak w każdym przypadku podać nie można, bo, jak to później wykażemy, zdaje się, że go te ośrodki nie mają. Przychodzimy obecnie do ośrodka nerwu twarzowego. W prawej półkuli zdaje się niema bezwzględnego ośrodka, a jest tylko względny. Zniszczenie ośrodka nerwu twarzowego nie wywołuje zwykle zupełnego porażenia, gdyż mięsień okrężny oka nie jest zajęty. Górna gałązka nerwu twarzowego jest obustronnie reprezentowana w obu półkulach, a w jednej leży w kilku ogniskach.

Pole nerwu podjęzykowego jest większe na prawej półkuli, niż na lewej. Co do ruchów języka, to przeginanie języka na boki jest zdaje się ruchem, wywołanym przez nerwy każdej półkuli z osobna, zaś wyciąganie — przez obustronne działanie. Ośrodek ruchów języka przy jedzeniu zostaje unerwionym przez obie półkule, głównie zaś prawostronną. Usunięcie całej półkuli u kota nie wywołuje porażenia strun głosowych.

Ruchy gałek ocznych występują przy drażnieniu zakrętu kątowatego (*gyrus angularis*); często jednak udaje się je wywołać drażnieniem ośrodka ręki i nerwu twarzowego wspólnie z ruchami głowy, szyi i karku[1]). Mięśnie, podnoszące powieki, bywają czasem oba porażone przy jednostronnem ognisku, co świadczy o działaniu jednej półkuli na obustronne mięśnie. Podobnie mięsień prosty wewnętrzny jednej, a zewnętrzny drugiej strony są unerwione przez tę samą półkulę, co powoduje przesuwanie się gałek ocznych w jedną stronę. Objaw ten, zwany „deviation conjugée“, jest jednym z najczęstszych symptomatów zmian w korze, nie jest jednak patognomicznym, chyba o tyle, że w porażeniach korowych zwracają się czasem gałki ku ognisku chorobowemu, a w zmianach podkorowych w stronę przeciwną.

Do sfery ruchowej zaliczamy także ośrodek mowy. Mowa ludzka składa się z dwóch głównych części, t. j. tak zwanej emocyonalnej i artykułowanej. Mowa emocyonalna jest pierwotną; nią zaczyna porozumiewać się dziecko, jej używa człowiek nie znający pewnego języka, oraz gluchoniemy. Składa się ona z mimiki, wykrzykników i giestów. Ośrodek dla tej mowy znajduje się w obu półkulach w okolicy dolnego zwoju czołowego.

Właściwą jednak człowiekowi jest tak zwana mowa artykułowana: stanowi ona najwyższy stopień zdolności porozumiewania się z otoczeniem zapomocą organu głosu. Im wyższa umysłowość, tem więcej giesty ustępują miejsca głosowi i jego modulacyi, a szczytem w rozwoju mowy jest deklamacya, t. j. oddawanie i odtwarzanie afektów i uczuć

---

[1]) Objaw ten pochodzi z tak zwanego wyrabiania się ośrodków przy pewnych skomplikowanych ruchach i jest właściwie współruchem, a nie ruchem właściwym.

li tylko z pomocą modulacyi głosu, bez żadnych giestów. W warunkach zwykłych jednak rozwija się mowa artykułowana przy pomocy giestów, zwłaszcza ręką prawą. Dziecko, ucząc się mówić, pokazuje na wszystko palcem [2]). Łączność ta ośrodka ręki z ośrodkiem mowy objawia się ich sąsiedztwem w korze i tem, że u ludzi, pracujących ręką lewą, ośrodek mowy leży w półkuli prawej. Głos jest tylko dalszą konsekwencyą ruchów ciała i twarzy, jak mówi Ołtuszewski.

Baudoin de Courtenay w pracy swej „Vermenschlichung der Sprache 1893“ wykazuje dobitnie postęp i rozwój mowy od zwierząt ku ludziom. Zwierzęta wydają głównie głos gardlem i krtanią przy słabym tylko udziale jamy ustnej (n. p. wycie, syczenie): im wyżej idziemy w skali zwierząt, tem też udział jamy ustnej staje się w mowie większym. Człowiek jaskiniowy miał kolec bródkowy tak zesunięty ku tyłowi, że przyczepiające się do niego mięśnie, szczególnie językowo-bródkowy, były bardzo krótkie, przez co też przednia część języka mogła słabe tylko wykonywać ruchy.

W mowie ludzkiej jama ustna odgrywa wielką rolę tak, że nawet ludzie dorośli bez krtani dość dobrze mówić mogą samemi ustami. Mieliśmy w obserwacyi dwóch pacyentów, którym profesor Kader usunął z powodu raka całą krtań. Jeden z nich, mimo braku połączenia między jamą ustną, a tchawicą (nosił rurkę tracheotomijną, włożoną do amputowanego kikuta przez szyję), mówił zasobem powietrza w jamie ustnej wcale dobrze, t. j. tak, że go przez pokój dokładnie zrozumieć można było; drugi zaś mówił donośnym szeptem. Ośrodek mowy, jak wspominaliśmy, składa się z kilku mniejszych, t. j. ośrodka mowy ruchowej, ośrodka pamięci słów, a w końcu ośrodków słuchowego i wzrokowego mowy.

Ośrodki te grupują się w półkuli lewej około trzeciego zwoju czołowego. zakrętu Broca'i, części trójkątnej i wieczkowej wyspy Reila przy zejściu się górnej i dolnej wargi bruzdy Sylwiusza i pierwszego zwoju skroniowego. Przechodzą one bez granicy wybitnej w zakręt nadbrzeżny (*gyrus supramarginalis*), od góry łączą się z ośrodkiem języka, krtani i ręki. W rzadkich przypadkach spostrzegano ośrodek mowy u ludzi pracujących prawą ręką po stronie prawej (Cassati, Rossolimo). U ludzi pracujących lewą ręką ośrodek mowy leży zwykle w półkuli prawej. Znanych jest w piśmiennictwie kilka przypadków zniszczeń lewej wyspy Reila bez żadnych zmian mowy (Simon Samt i inni). Prócz tych głównych ośrodków, dają się wykazać, jednak tylko klinicznie, i inne ośrodki, jak słuchu muzycznego, pisma, czytania i t. d. Ośrodki takie bezsprzecznie istnieją: znamy wiele przypadków chorobowych, gdzie porażenie ich występowało, umiejscowić ich jednak dokładnie nie możemy; przypuszczamy tylko, że leżą pomiędzy podstawowymi ośrodkami, których skojarzona czynność właśnie te wyższe zadania spełnia. Tak naprzykład ośrodek pisma leży zapewne na granicy dolnego zwoju czołowego i bruzdy przedśrodkowej; ośrodek czytania pomiędzy sferą wzroku, a słuchu i t. d. Zniszczenie ośrodka mowy sfery ruchowej powoduje obraz tak zwanej niemoty ruchowej, sfery słuchowej, tak zwaną niemotę słuchową, a sfery wzrokowej - optyczną. Niemota ruchowa odnosi się najczęściej tylko do mowy artykułowanej; natomiast mowa emocyonalna zwykle jest nieupośledzoną i chory może wykonywać giesty, używać nawet nieraz wykrzykników, przekleństw lub wyrazów używanych najczęściej w codziennem życiu. Wobec tego Jackson umiejscawia nawet mowę emocyonalną w obu półkulach, a zwłaszcza w półkuli prawej.

Powrót mowy po zniszczeniach ośrodków odnosi Monakow do wspólnego podjęcia funkcyi obu półkul. Ośrodek zmysłu wzrokowego zajmuje głównie zakręt potyliczny (*gyrus occipitalis primus*), po części klin i płatek czworoboczny (*cuneus et lobulus quadratus*). Pole wzrokowe na półkuli prawej jest większe. Wobec tego, że często nawet przy obustronnych zmianach w korze, widzenie środkowe jest wcale dobrze zachowane, przypuszcza między innymi Wilbrand, że ośrodki dla każdej plamki żółtej mają bardzo rozrzucone ogniska i to leżące dla każdego oka w obu półkulach.

Zmiany chorobowe ośrodka wzroku objawiać się mogą: 1) półwzrocznością (hemianopsia, hemiachromatopsia) przy zmianach w jednej półkuli; 2) omamami wzrokowymi przy podrażnieniu częściowem i zmianach powierzchownych ośrodka; 3) ślepotą psychiczną przy zmianach w obu półkulach symetrycznych, w klinie i szczelinie ostrogowej (*cuneus et fissura calcarina*); 4) optyczną niemotą); 5) porażeniem czytania (*alexia*).

W ośrodku wzrokowym wykrywali niektórzy badacze poddziały; n. p. ośrodki dla pojedynczych barw. Połowicza ślepota na barwy (*hemiachromatopsia*) występuje zwykle wspólnie z porażeniem czytania. Położenie ośrodków wzroku nie jest prostym rzutem obwodowych części w mózgu, a świadczy o tem fakt, że wycinanie kółek 10—15 mm. średnicy w ośrodkach wzrokowych, wywołuje kropkowate miejsca ślepe w obu siatkówkach.

Ośrodki słuchu leżą w płacie skroniowym. Są one zdaje się równie wielkie w obu półkulach. W ośrodkach tych rozróżnić też można poddziały: Munk na przykład znajdował i rozróżniał u psa ośrodki dla tonów nizkich i wysokich. Przy zniszczeniu przedniej części sfery słuchowej (bliżej bruzdy Sylwiusza), psy Munka nie słyszały gwizdania, ani tonu piszczałek e'' e'''; zaś przy zniszczeniu części tylnych (bliżej móżdżku) nie słyszały C c organów. Według Monakowa każda półkula z osobna może mieć wpływ na oba nerwy słuchowe. Tenże autor przypuszcza, że prawa półkula rządzi tonami muzycznymi, a lewa tonami słów.

Ośrodek czucia umiejscowiano dawniej poza sferą ruchową w okolicy zakrętu ciemieniowego (*gyrus parietalis*). Tymczasem bliższe badania, doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne wykazują niezbicie, że ośrodki czucia leżą w tych samych miejscach, co i ośrodki ruchowe, z tą jedynie różnicą, że o ile sfera ruchowa panuje

[2]) Rozwój języka u dziecka przechodzi 3 okresy: *a*) okres języka pierwotnego. poprzedzający rozwój ośrodków mowy; są to giesty, a potem wykrzykniki; *b*) okres rozwoju ośrodków mowy. Najprzód rozwija się ośrodek pamięci słów, a następnie połączenie tegoż z ośrodkiem ideacyi. Jestto okres rozumienia mowy bez zdolności mówienia. Około 11 miesiąca życia poczyna się rozwijać ośrodek ruchowy i połączenia jego z ośrodkiem pamięci słów (powtarzanie słyszanego); w końcu *c*) dopiero wytwarza się połączenie ośrodka pamięci słów przez ośrodek ideacyi z ośrodkiem ruchowym mowy, czyli mowa samodzielna (Ołtuszewski).

w półkuli lewej, to czuciowa przeważnie zajmuje prawą.

Zmiany czuciowe występują o wiele rzadziej, niż ruchowe, a to z tego powodu, że czucie zależy (częściowo) od obu półkul) po każdej stronie ciała. Wernicke, Luciani, Sepilli, Jastrowitz, Lisso, Flechsig, Hensen i inni przypuszczają, że ośrodki czuciowe leżą w tych samych miejscach, co ruchowe; inni zaś, jak Charcot, Nothnagel, Bechterew, Ferrier i t. d. dają im specyalne siedlisko. Tak n. p. Nothnagel umiejscawia czucie w płacie ciemieniowym (głównie zmysł mięśniowy); Ferrier — w bróździe i zakręcie sklepiennym (*sulcus i gyrus fornicatus*), zdanie to jednak odosobnione. Topewne, że blizko w 50% przypadków porażeń ruchowych znieczulenie nie występuje; tak n. p. podług Ferriera na 280 przypadków: w 100 nie wspomniano o zmianach czucia; w 121 było ono prawidłowe; w 63 wykazano niewielkie zmiany.

Zmiany czuciowe nawet wybitne jeszcze zawsze z czasem ustępują. Najczęściej upośledzonym pozostaje czucie przestrzenne (zmysł stereognostyczny), podczas gdy inne, jak bolu, ciepłoty i dotyku nie ulegają zmianie.

Według Monakowa zmiany czuciowe występują stale przy rozległych zniszczeniach kory, sięgających aż poza zwoje środkowe. Badanie zapomocą drugorzędnego zwyrodnienia przemawia za tem, że ośrodki czuciowe leżą w sferze ruchowej. Samo porażenie czucia bez porażenia zmysłu mięśniowego dowodzi siedliska choroby poza korą (tylne części wzgórka wzrokowego, torebki wewnętrznej i t. d.). Porażeń korowych czucia, bez porażeń ruchu nie znamy, co też przemawia przeciw osobnemu umiejscowieniu Przy porażeniach pojedynczych kończyny dolnej, zmiany czuciowe należą do rzadkości; natomiast przy porażeniach kończyny górnej występują bardzo często. Ze znieczuleniem połowiczem czucia łączą się często: utrata zmysłu czucia przestrzennego i mięśniowego, a w mniejszym daleko stopniu zmysłu oryentacyi w przestrzeni. Dotąd w piśmiennictwie znamy tylko nieliczne przypadki, w których przy dużych zmianach zmysłu mięśniowego zwoje środkowe były zdrowe (Velter, Grasset, Monakow); czwarty przypadek opisał Starr i Cosh. Trepanacya z powodu padaczki, będącej następstwem blizny. Podwiązanie naczyń i uszkodzenie kory w okolicy zakrętu nadbrzeżnego (*gyrus supramarginalis*). Bezpośrednio po operacyi utrata zmysłu mięśniowego, trwająca 3 tygodnie.

Redlich wyciął u 18-letniej dziewczyny ośrodek ruchowy prawej ręki z powodu odosobnionej padaczki. Porażenie ruchu ustąpiło po 8 tygodniach, zmysłu mięśniowego dopiero po 3 miesiącach, a tylko pozostało lekkie porażenie zmysłu przestrzennego (stereognostycznego).

Poznaliśmy już lokalizacyę ośrodków płatu ciemieniowego, potylicznego i skroniowego; pozostały nam do omówienia jeszcze płaty czołowe. U zwierząt w korze płatu czołowego leżą ośrodki grzbietu, szyi i karku, tak ruchowe, jak i czuciowe. U człowieka w dolnym zwoju leży, jak wiemy ośrodek mowy ruchowej, po nad nim ośrodek nerwu podjęzykowego i częściowo ośrodek ruchów szyi, karku, a w górze grzbietu Zresztą innych wybitnych ośrodków wykazać nie można. Zauważono jednak w licznych przypadkach zmiany w usposobieniu i charakterze chorego osobnika przy schorzeniu płatów czołowych, choć odwrotnie w wielu przypadkach, nawet rozległych zmian, żadnych zmian psychicznych wykazać się nie dało.

Wynika z tego, że o korze płatów czołowych nie mamy jeszcze dokładnych wiadomości. Płaty czołowe są najsilniej właśnie rozwinięte u człowieka. Doświadczenia na zwierzętach nie rozjaśniają sprawy; zwierzęta bowiem po przejściu przez okres ociężałości i chęci leżenia, okazują jedynie porażenie grzbietu, przybierającego postać garbu (*Katzenbuckel*), chodzenie wkoło (w stronę operowaną), czasem tylko niecierpliwość i złośliwość.

Jako jeszcze jeden z częstszych objawów zmian w okolicy czołowej przytoczyć muszę wielką żarłoczność, występującą u chorych nagle bez żadnej innej przyczyny. Typowym przykładem takiej żarłoczności jest przypadek Nr. 14 mojej statystyki, odstąpiony mi łaskawie z praktyki własnej przez kolegę Putermana. Nadmierną żarłoczność, jako objaw chorobowy spotykamy wspólnie z upadkiem inteligencyi, jak wiadomo, często u starców przy sprawach zanikowych mózgu, u idyotów i wogóle u ludzi bardzo słabej inteligencyi. Na czem właściwie ta żarłoczność polega? nie wiemy. Ferrier znajdował rzekomo u małp między innymi w płacie potylicznym ośrodek głodu i czucia w trzewiach; badania innych tego jednak zupełnie nie potwierdzały. Żarłoczność ta idzie zwykle w parze ze zmianą inteligencyi i charakteru, uważać więc ją raczej należy jako zboczenie natury psychicznej. Spotykać ją często można, jako objaw towarzyszący chorobom umysłowym, lub czasem objaw wprost przeciwny, t. j. wstręt do jadła.

Prócz wyżej przytoczonych objawów, występujących czasem w schorzeniu płatów czołowych, spostrzegano też zmiany w zachowaniu równowagi ciała (Bruns), przypominające obraz bezładu móżdżkowego. Sprawy, rozwijające się w płacie czołowym, cechuje dość często bolesność przy opukiwaniu czaszki. W jednym z naszych przypadków schorzeń płatu czołowego zauważyliśmy przytępienie inteligencyi, ponure usposobienie i mowę bardzo wolną. W przypadkach kontuzyi płatów czołowych spostrzegano utratę pamięci, podniecenie umysłowe, mówienie po cichu, lub rozmowność, paplanie bez sensu. W przypadkach wielkich zranień płatu czołowego, ciepłota po śmierci ma iść bardzo w górę. Spostrzegano też przy zranieniach płatów czołowych obojętność, bierność, lenistwo i ospałość.

Utrata pamięci zdarza się najczęściej przy zranieniu okolicy czołowej lewej Z opisanych w literaturze przypadków odnosi się wrażenie, że przy zranieniach prawego płatu czołowego spostrzegano głównie zmiany charakteru pod postacią złośliwości, gniewu, gwałtowności; przy zranieniu zaś lewego smutek, zawroty, żarłoczność, utratę pamięci i skłonność do paplania bez sensu. O ile zaprzeczyć się nie da, że bardzo często zboczenia psychiczne występują przy urazach płatów czołowych, o tyle z drugiej strony znamy dużo przypadków wielkich zniszczeń płatu czołowego, przemijających bez najmniejszych objawów.

W chirurgicznej klinice krakowskiej miałem sposobność spostrzegać 5 przypadków guzów i zranień płatów czołowych. Z tego w 2 przypadkach wykazać można było wybitne zmiany pod postacią złośliwości, nadmiernej wrażliwości na ból (3), żarłoczności (2), bierności i przygnębienia (2). W jednym przypadku było kilka objawów typowych, mianowicie gadatliwość, złośliwość, wielka wrażliwość na ból i niecierpliwość, a w końcu wielka żarłoczność.

W krótkości obraz lokalizacyi ośrodków w korze mózgowej, przedstawia się, jak następuje:

1) górna $1/3$ przedniej bruzdy centr. | ośrodki wspólne
górne $2/3$ tylnej bruzdy centr. | dla ręki i nogi;

2) środkowa część przedniej bruzdy centr. | ośrodek dla ręki;

3) dolne części obu brózd centr. | ośrodek dla nerwu twarzowego;

4) tylna część III zwoju czołowego
część wieczkowa: przytykająca | ośrodek dla języka i ruchowej koordynacyi słów;
część bruzdy centr. przedniej |

5) wyspa Reila: | ośrodek łączenia dźwięków z wrażeniami;

6) zwoje skroniowe } wrażenia słuchowe;

7) potyliczne } wzrokowe i ruchu oczu;

8) ciemieniowe } zmysł przestrzenny;

9) płaty czołowe tuż przy górnej części brózdy centr. przedniej | grzbiet.

Przeglądając cechy ośrodków ruchowych, przyjść musimy do przekonania, że podzielić je należy na cztery grupy, a raczej stopnie.

Najniższy stopień stanowi grupa ośrodków czynności mało świadomych, a nawet odruchowych, które wykonujemy machinalnie obu połowami ciała naraz. Ośrodki te połączone są ściśle z obu półkulami, co powoduje, że w razie zniszczenia ośrodka w jednej półkuli, ośrodek drugi kieruje dalej swobodnie tymi ruchami i porażenia nie występują. Należą tutaj wspomniane już ośrodki mięśnia okrężnego oka, górnych gałęzi nerwu twarzowego, ruchów gałek ocznych, dalej mięśni oddechowych, grzbietu, karku i szyi, przepony, języka (po części), ruchów żuchwy, połykania i innych. (Z grzbietowych mięśni ulegają czasem porażeniu przy porażeniu połowiczem mięśnie czworoboczny (*trapezius*) i dźwigacz łopatki). Porażeń w tych mięśniach nie spotykamy prawie nigdy. Przez wprawę i wyrabianie można i te ośrodki wyzwolić od symetryczności i współruchów ze stroną drugą, jak dowodzi tego przypadek następujący: Franciszek Böhner zgłosił się do kliniki w celu zaprodukowania poruszalności niezwykłej swego układu mięśniowego. W 13-tym roku życia przebył on dur brzuszny, a w następstwie tegoż wystąpić miały silne bole i zaparcie stolca. Pacyent siedział przez długi czas w skulonej pozycyi, przyczem zauważył, że wciąganie brzucha sprawia mu znaczną ulgę. Przez manewr ten, stale wykonywany, doszedł w końcu do takiej wprawy, że może obecnie poruszać swobodnie każdym z mięśni brzucha osobno tak, że naprzykład napina dowolnie po jednej stronie mięsień prosty pomiędzy pojedynczemi wcięciami ścięgnistemi, potrafi swobodnie przemieszczać jelita z miednicy małej w nadbrzusze, ruszać mięśniem zębatym przednim, dwugłowym i t. d. Pacyent twierdzi, że z czasem potrafi wyzwolić ruchy prawie wszystkich innych mięśni. Zauważyłem tylko, że o wiele łatwiej poruszać potrafi on lewą stroną ciała, a więc wykonywać ruchy z pomocą półkuli prawej, która u ludzi prawidłowych mniej ma wyrobionych ruchów już w codziennem życiu, natomiast ruchy wyuczone prawostronne przychodzą mu z trudnością, gdyż przeszkadza tu zapewne przyzwyczajenie do specyficznego używania całych grup mięśni do ruchów złożonych.

Wyższy stopień ośrodków stanowią ośrodki, zależne w połowie od jednej i od drugiej półkuli; należą tu n. p. ośrodki nerwu wzrokowego. Zniszczenie tego ośrodka wywołuje obustronne połowicze porażenie wzroku.

Trzeci stopień stanowią ośrodki, zależne w znacznej mierze od jednej, a w małej tylko od drugiej półkuli. Należą tutaj ośrodki ruchów dowolnych. W warunkach zwykłych nie odczuwamy tej zależności także od równoimiennej półkuli przy ruchach, nie trudno jednak wykazać, że takowa istnieje. Każdemu znaną jest rzeczą, jak trudno jest uchronić się przy szybkich ruchach jedną ręką, od współruchów ręką drugą. Na to, by wykonywać szybkie a odrębne ruchy obu rękami na raz, potrzeba już znacznej wprawy, jak tego dowodzi sztuka kuglarska grania na instrumentach muzycznych i t. d. Najłatwiej wykonywać potrafimy ruchy symetryczne obu połowami ciała, lub też ruchy naprzemian raz jedną, a raz drugą połową. Dammsch opisał dwa przypadki, w których chorzy przy zamierzonych ruchach jedną kończyną, wykonywali symetryczne ruchy przeciwną. Fakta te przemawiają dosadnie za tem, że właściwie pierwotny typ unerwienia mięśni jest od obu półkul, a dopiero przez wprawę potrafimy wyzwolić swoje ruchy dowolne od wpływu półkuli równoimiennej. Ten wpływ drugiej półkuli objawia się szczególnie w stanach patologicznych w tak zwanych spółruchach.

Rozróżniamy cztery główne rodzaje tych spółruchów:

1) Spółruchy po stronie zdrowej lub chorej przy dowolnych ruchach lub próbach ruchów zdrową lub porażoną kończyną. Często przy próbach ruszania porażoną ręką ruszają się także antagonisty ręki zdrowej. Zwracam też uwagę na spostrzegany bardzo często objaw ułożenia przy stopie końskiej kończyny drugiej w postaci stopy piętowej (*pes calcaneus*).

2) Spółruchy w mięśniach chorych lub zdrowych przy odruchowo pobudzonych, niezależnych od woli ruchach, n. p. przy ziewaniu, kichaniu, ruchy porażoną ręką.

3) Spółruchy po stronie porażonej po biernych ruchach zdrową stroną w symetrycznych mięśniach i po rozciąganiu skurczonych stawów.

4) Tak zwane uzupełniające ruchy Senatora, n. p. gdy chory rękę porażoną a zgiętą chce otworzyć, to czyni to w ten sposób, iż otwiera rękę zdrową, lub wykonuje kończyną chorą inne ruchy.

Spółruchy te dowodzą zarazem ścisłego połączenia wielu ośrodków w obu półkulach. Przy ściskaniu w palcach jakiegoś przedmiotu wielu ludzi nie potrafi się powstrzymać od „pomagania sobie“ ustami, t. j. ściągania kąta ust ku dołowi. Podobny objaw zauważyć można u niektórych osób przy pisaniu i rysowaniu.

Przy ściskaniu czegoś w palcach, prócz tego zauważyć się nieraz daje kolejność naprężania mięśni dalszych, zupełnie w tym przypadku niepotrzebnych. Znam jednego z wybitnych malarzy krakowskich, u którego jest ciekawy współruch mięśnia podnoszącego powiekę z ruchami żuchwą i to tylko po jednej stronie. Przy ruchach żuchwą otwiera mu się zaraz jedno oko, gdy przedtem zamknie powieki. Spółruch w rękach objawia się u wielu ludzi przy chodzeniu. Senator spostrzegał chorego, który przy wyciąganiu języka wykonywal równocześnie rytmiczne ruchy ręką.

Ciekawe współruchy możemy obecnie spostrzegać w chirurgii przez wprowadzenie operacyi plastycznych mięśni,

ścięgien i nerwów. Jak wiemy, często postępuje się obecnie w ten sposób, że celem powrotu czynności porażonego nerwu przyszywa się go do sąsiedniego, n. p. nerw promieniowy do środkowego, twarzowy do dodatkowego; podobnie mięśnie przyszywa się do ich przeciwników i t. d. Zaraz po operacyi zwykle niema żadnego efektu. Dopiero w pewien czas zjawiają się spółruchy, n. p. zginaczy porażonych przy poruszaniu wyprężaczy. Po tym okresie nastają następne, ruchów niepewnych, a w końcu porażone mięśnie lub nerwy zaczynają działać prawidłowo. Powrót ten trwa długo, czasem rok i dłużej.

Jeżeli uprzytomnimy sobie sposób powrotu funkcyi, to musimy dojść do przekonania, że polega on na odnowieniu funkcyi ośrodków korowych, którym ułatwiamy działanie przez stworzenie nowych dróg obwodowych; a dalej, że ośrodki odnawiają się głównie pod względem powrotu ruchów złożonych, a nie czynności pojedynczych mięśni.

Nowo stworzona droga kształci ośrodki, które wyzwalają się od współruchów sąsiednich. To wyzwolenie się polega na rozdziale bodźców woli i na rozdzielonem działaniu pewnych grup mięśni lub nawet części pojedynczego mięśnia.

Najwyższym typem zaś ośrodków jest czwarta grupa, t. j. ośrodki zależne tylko i jedynie od jednej półkuli. Należą tutaj ośrodki wyższych czynności mięśniowych, łączące się już prawie z duchową czynnością człowieka, jak specyalne zawodowe drobne ruchy, mowa, pismo, rysunki itd. Podział ten, który wprowadziłem między ośrodkami, ułatwia nam w znacznej mierze tłómaczenie zdolności i możności powrotu funkcyi i ustępowania porażeń. B r o a t b e n t wyprowadza nierównomierne zachowanie się porażeń mięśniowych w porażeniach połowiczych od tego, w jaki sposób dana grupa mięśniowa w życiu codziennem jest używaną, a głównie czy używa się jej osobno, czy też wspólnie ze symetryczną grupą strony drugiej. Ta ostatnia przy porażeniach połowiczych ma nie ulegać porażeniu. Zdanie B r o a t b e n t a nie może jednak tłómaczyć n. p. porażenia jednostronnego mięśni grzbietu i brzucha. Dlatego też trzeba przyjąć podział ośrodków na 4 grupy z zastrzeżeniem, że umiejscowienie ośrodków zależy tak od indywidualnego wyrobienia danych mięśni, jakoteż od całych ruchów skomplikowanych; dany więc mięsień może być porażonym w pewnym skomplikowanym ruchu, natomiast w drugim może działać swobodnie. Mięśnie żucia, połykania i oddechu w obustronnych porażeniach zwykle funkcyonują dobrze.

To musi nasunąć przypuszczenie, że ruchy te muszą mieć swoje swoiste ośrodki w głębszych częściach układu mózgowego; ośrodki zaś ich korowe służą do wyzyskiwania celowego tych czynności, naprzykład do zmiany typu oddychania itd. Po wycięciu półkul u wyższych zwierząt połykanie i oddech odbywa się dość swobodnie, a znane sa przypadki rozległych jam w mózgu idyotów, nawet braku obu piramid, gdzie funkcye te odbywały się zupełnie dobrze.

Zachodzi teraz pytanie, jak są rozmieszczone ośrodki względem siebie, t. j. jakie mają granice, czy wogóle je mają i czy istnieje jaka łączność pomiędzy nimi? W kwestyi tej badacze podzielili się na dwa obozy: jedni sądzą, że ośrodki są ściśle odgraniczone od siebie, a nawet (B e c h t e r e w) oddzielone od siebie pasami kory niezajętej przez żadne ośrodki. Pasy te mają być rozerwą, w której umiejscawiać się mają odśrodkowo nowonabyte wrażenia. Inni, a na czele ich E x n e r, zaprzeczają temu, by ośrodki leżały koło siebie podobnie, jak kraje na mapie geograficznej, lecz owszem sądzą, że zachodzą one na siebie bez ostrych granic. L u c i a n i i S e p i l l i przyjmują tak zwane sprzężenie łańcuchowe ośrodków (*ingranaggio*). Za tą łącznością ośrodków przemawiają wspomniane już powyżej jednostronne spółruchy, dalej kolejność przechodzenia drgawek w napadach padaczki jednostronnej, a w końcu fakt, że porażenia pojedyncze korowe należą do rzadszych, natomiast częściej występują złożone i to w pewnym systemie, n. p. twarzoworęcznym, albo ręczno-nożnym, (porażenie korowe nogi i twarzy, prócz niejasnego przypadku H e n l e g o, nie było dotąd spostrzegane).

W każdym ośrodku odróżnić należy dwie części, t. j., jak wspomnieliśmy część bezwzględną, czyli tak zwane ognisko i części obwodowe, czyli część względną. Ośrodki względne zajmują bardzo wielką przestrzeń zachodzą jedne na drugie tak, że jeżelibyśmy narysowali sobie względny ośrodek dla ręki prawej, to na szemacie E x n e r a nie pozostałoby miejsca na ośrodek dla nogi. Ośrodki łączą się z sąsiednimi, czego dowodzi spostrzeżenie, że okrojenie kory w danem miejscu wywołuje porażenie ruchów dowolnych, choć odcinek ten oddziaływa jeszcze na pobudzenie elektryczne. To zachodzenie na siebie ośrodków przyjąć nawet musimy, jeżeli chcemy umiejscowiać w korze ośrodki więcej złożone, jak n. p. pisma, na które, jak wiemy, składają się ośrodki ruchów ręki, obrazów wzrokowych mowy, słuchu i t. d.

Ponieważ ośrodki danego narządu, n. p. ręki, pozostają ze sobą w ścisłej łączności, przeto zwykle nawet częściowe zniszczenie ośrodka wywołuje już pewne, że się tak wyrażę, zamieszanie funkcyi dalszych jego części, objawiające się tak zwanymi niedowładami, niezręcznością w ruchach, częściowemi brakami w polu widzenia, zboczeniami artykulacyi *(dysartria)* i t. d. Część zajęta może być źródłem silnego znów podrażnienia dla dalszych części ośrodka, co objawi się nam pod postacią drgawek, omamów zmysłowych (słuchu, wzroku, dotyku i t. d.). Przy wypadaniu funkcyi odróżnić należy zmiany następcze od pierwotnych. Pierwotne są zwykle o wiele mniejszemi, następcze zależą bowiem od zmian rozmiękczynowych, rozszerzających się dalej w obwodzie i na głębokość. Jak wykazały badania M u n k a, wrażenia usadawiają się w korze mózgowej podobno w kołach odśrodkowych, czyli, krótko mówiąc, w środku każdego ośrodka leżą zwykle wrażenia najstarsze, bliżej zaś ku obwodowi młodsze. To wypadanie odśrodkowe można też czasem spostrzegać u chorych. W pewien naprzykład czas, gdy już sprawa rozmiękczynowa w mózgu zniknie, zaczynają powracać do swej funkcyi okolice sąsiednie, zajęte tylko chwilowo obrzękiem i to zwykle w porządku odwrotnym, jak wypadały. Sprawa utrzymuje się na tym poziomie jakiś czas i znowu mniej więcej w 4 do 12 tygodni zaczyna się nowy powrót funkcyi, zależnej już teraz od zastępczego działania lub prawdziwego powrotu funkcyi ośrodków.

Powrót utraconych czynności jest więc podwójny: jeden pozorny, a drugi rzeczywisty. Powrót rzeczywisty polega na zupełnem zastąpieniu zniszczonego ośrodka przez inny; pozorny zaś polega na uzupełnieniu funkcyi danego ośrodka zapomocą czynności innych, pokrewnych i analogicznych.

Tak n. p. ślepota psychiczna z czasem znika, bo chorzy uczą się szybko z pomocą innych zmysłów poznawać przedmioty. Podobnie chorzy z połowiczą ślepotą uczą się prędko wyzyskiwać pozostałą im połowę pola widzenia. Gaule usunął całą sferę ruchową psu i mimoto za pół roku wyuczył go podawać łapę, aportować i t. d.; natomiast ruchy pojedynczemi kończynami pozostały utrudnione.

Vitzou na międzynarodowym Zjeździe fizyologów w r. 1895 w Bernie chciał udowodnić odradzenie się komórek nerwowych; jest to jednak niemożebnem, bo w komórkach nerwowych nie spotykamy nigdy mitozy, a tworzenie się komórek spostrzegano u dorosłych tylko w glejakach. Zmiana chorobowa, posuwająca się i rozwijająca się powoli, przyzwyczaja niejako ośrodki do nowego stanu i pozwala na powolne a zastępcze wyrabianie się nowych dróg; może też przebiegać zupełnie bez objawów. Nieraz spotykamy olbrzymie guzy i zniszczenia prawie całej półkuli przypadkowo na stole sekcyjnym. Na odwrót zmiana chorobowa, występująca szybko, nawet niewielka wywołać może ciężki obraz porażenia ośrodków.

Rokowanie więc powrotu czynności utraconych jest rzeczą bardzo trudną do ocenienia, bo zawisłą od procesu wielce złożonego i zależnego od wielu czynników. Powrót ten zależy w pierwszym rzędzie naturalnie od rodzaju samej zmiany chorobowej, jej rozległości, możności rozszerzania się w szerz lub w głąb i t. d.; dalej od indywidualności i rozwoju kory mózgowej danego osobnika, a w końcu od ważności danego ośrodka. Sprawy chorobowe nawet i dość rozległe, lecz powierzchowne, czysto korowe, nie niszczące istoty białej, dają naturalnie lepsze rokowanie co do powrotu funkcyi, niż niewielki nawet nowotwór, rosnący ciągle w głąb. Zostaje tu bowiem odciętą komunikacya ze zdrowemi jeszcze częściami kory, a przez to uniemożebnione zastępstwo funkcyi. Indywidualność i rozwój kory danego osobnika wywierają niemały wpływ na powrót funkcyi. Mniejszy i niższy rozwój kory mózgowej jest zarazem wyrazem większego indyferentyzmu ośrodków, ma też większą skłonność do zastępczych funkcyi, natomiast większe wyrobienie danych ośrodków, ich wyzwolenie się od reszty, a w razie choroby i zniszczenia ośrodków, spowoduje często utratę funkcyi nie do powetowania.

Wielki wpływ ma tu także ilość skrzyżowań. U ludzi swoistość ośrodków największa i największa też ilość skrzyżowań; u zwierząt niższych znacznie więcej jest obustronnych symetrycznych czynności i dlatego mniej skrzyżowań. Znaną wszystkim jest rzeczą, jak mózgi u ludzi prostych są mało wrażliwe na urazy. Benedikt przytacza n. p. następujący przypadek: podczas wojny 1859 r. przysłano do niego transport rannych. Po opatrzeniu i odesłaniu ciężko chorych do szpitala, zaczął on opatrywać lekko rannych; między tymi znalazł się piechur, którego granat trafił w głowę. Chory ten przyszedł piechotą i nie okazywał żadnych zmian, ani porażeń. Po zdjęciu prowizorycznego opatrunku okazało się, że brakuje mu połowy czaszki i szczytu półkuli mózgowej, mniej więcej tyle, ile się przy sekcyi z mózgu odcina. Wiele takich przypadków przebiega zupełnie bez zmian, a nawet chorzy nieraz nie zgłaszają się do lekarza po poradę. Natomiast u ludzi z wyrobioną korą mózgową, już małe zmiany wywołują zaburzenia w ośrodkach i chorzy zgłaszają się podając, że nie mają tej zręczności w ruchach specyalnych jak dawniej, że nie mówią tak płynnie, jak przedtem i t. d. Po udarze mózgowym wracają zwykle chorym ruchy grube; natomiast subtelne giną nieraz bezpowrotnie. W porażeniach udarowych pozostają nie zajętymi w nodze mięśnie: lędźwioudowy i prostownik goleni czworogłowy, t. j. mięśnie, używane głównie do chodzenia. Chodzenie jest czynnością, odbywającą się w znacznej mierze z pomocą obu półkul, o ile idzie o ruch naprzód i zgięcie w stawie biodrowym.

Zwierzęta, n. p. konie, poruszają kończynami po kolei, t. j. najpierw przednią jednej, później tylną drugiej strony, dalej przednią tej samej i tylną przeciwnej strony. Niektóre natomiast, jak n. p. wielbłąd, poruszają naraz obu kończynami jednej strony, lub jak zając skaczą tylnemi nogami równocześnie. To równoczesne używanie kończyn musi mieć wpływ na unerwienie ich w półkulach.

Wobec tego, co powiedzieliśmy wyżej wynika, że stoimy w zupełności na stanowisku tem, że nietylko ośrodki mogą siebie wzajemnie zastępować, lecz także i półkule. Wielu nie uznaje tego, ale przecież dość na to przytoczyć fakt, że istnieli ludzie, którzy prawie bez jednej półkuli byli jednak geniuszami. Utraconą funkcyę zastąpić mogą naturalnie w pierwszym rzędzie komórki sąsiednie tej samej półkuli; w razie jednak zmian większych odpowiednie ośrodki półkuli drugiej. Beck i Cybulski w doświadczeniach swoich wykazali, że przy drażnieniu części obwodowych zmiany elektryczne w korze mózgowej spostrzegać można nietylko w przeciwnej, lecz także w równoimiennej półkuli, z tą różnicą, że zmiany te następują nieco słabiej i nieco później, niż u przeciwnej, co przemawiałoby za tem, że podrażnienie biegnie najprzód do półkuli przeciwnej, a stąd dopiero zapomocą włókien kojarzennych do półkuli równoimiennej.

Wspólność ta obu półkul objawia się jeszcze tem, że przy większych zniszczeniach ulegają następowemu zwyrodnieniu także ośrodki symetryczne półkuli drugiej, co może wywołać niemożność późniejszego zastępowania funkcyi. Sfery mózgowe są częściami ustroju preegzystującemi; położenie subtelne ośrodków jest jednak rzeczą indywidualną, wyrazem najkrótszego i najwygodniejszego przebiegu włókien nerwowych wskutek używania pewnych grup mięśni do ruchów złożonych. Ośrodki niefunkcyunujące możemy czasem mimo to pobudzić do życia, jak tego dowodzi uczenie głuchoniemych. Nie jest to łatwą rzeczą w późnym wieku nauczyć się czegoś; dlatego też rokowanie powrotu funkcyi u młodych jest o wiele lepsze, chociażby z tego powodu, że każde porażenie i nieużywanie danego narządu, trwające czas dłuższy, pociąga za sobą zarazem zwyrodnienie dróg podkorowych i dalszych. Podobnie zniszczenie narządu obwodowego wywołać musi zanik odpowiedniej części kory mózgowej. Pierwsze spostrzeżenie tego rodzaju ogłosił Panizza (w r. 1855), który stwierdził zanik kory po zniszczeniu oka u królika i psów. Munk niszczył oko lub ucho zwierząt nowowylęgłych i po 14 tygodniach miał znajdować słabszy rozwój mózgu. W piśmiennictwie spotykamy też kilka wzmianek o zaniku kory mózgowej w przypadkach długiego nieużywania kończyny, dalej po amputacyach, oślepnięciu i t. d., nie wyczerpują one jednak tematu. Przytaczam tu kilka dostępnych mi przypadków:

1) Amputacya lewej kończyny na 6 lat przed śmiercią. Przy sekcyi znaleziono zanik prawego tylnego zwoju środkowego na przestrzeni 2 ctm., niedochodzącego do górnej powierzchni półkuli (Chuquet).

2) Amputacya lewej górnej kończyny na 31 lat przed śmiercią. Sekcya wykazała. zanik prawie całej półkuli (Boyer).

3) Amputacya lewej kończyny górnej na 48 lat przed śmiercią. Przy sekcyi nie wykazano żadnych zmian (Charcot).

4) Wrodzony brak kończyny górnej lewej. Sekcya, po 40 roku życia wykonana, wykazuje zanik tylnego zwoju środkowego w połowie (Gowers).

5) Przykurczenie po złamaniu lewej kości ramieniowej. Sekcya wykazała: zanik płatka czworobocznego prawego (lobus quadratus dexter) (Bary).

6) Amputacya nogi prawej na 25 lat przed śmiercią. Sekcya wykazała zanik zakrętu przyśrodkowego (Luys).

7) Amputacya lewej nogi na 20 lat przed śmiercią. Sekcya wykazała: zanik górnych części obu zwojów środkowych (Luys).

8) Zanik nogi prawej po urazie, a w 40 lat potem sekcya wykazała: zanik lewego zwoju środkowego tylnego (Landouzy).

9) Porażenie od dziecka, skrócenie i zanik nogi prawej. Sekcya wykazała: zmiany zanikowe w obu półkulach w okolicy zwojów środkowych (Oudin).

Przypadki powyższe nie mają dla lokalizacyi ośrodków wiele wartości. Nie były badane mikroskopowo, wyniki w nich różne, bo ocena makroskopowa zaniku jest rzeczą trudną, a często zależy od indywidualnego zapatrywania się. Ciekawem jest spostrzeżenie Nr. 9 zmian w obu półkulach po porażeniu dziecięcem nogi prawej.

Podobnie znane są przypadki utraty wzroku na dłuższy czas przed śmiercią, a badane potem co do zaniku kory.

10) Ślepota oka lewego od 50 lat. Sekcya wykazała: zanik kory na wielkość 5-cio frankówki w miejscu, gdzie szczelina ciemieniowopotyliczna wychodzi z wewnętrznego brzegu półkuli (prawej). W symetrycznem miejscu półkuli lewej zmiany podobne, lecz w mniejszym stopniu (Huguenin).

11) Mężczyzna, zmarły na dur w 42 roku życia. Od młodości źle widział. Sekcya wykazała: zmiany wielkości 2-frankówki, położone tak samo, jak powyżej (Huguenin).

Gudden wykazał, że przy zaćmieniu łamiących środowisk oka lub przy zrośnięciu powiek, t. j. przy niezupełnej ślepocie, można wykazać co najwyżej zmniejszenie objętości obu płatów potylicznych. Przy ślepocie zupełnej zaraz po, — lub od urodzenia, lub po zniszczeniu obu gałek ocznych, zmniejszenie to jest jeszcze wybitniejsze, zmian drobnowidowych w korze jednak żadnych wykazać nie można.

12) Głuchota od urodzenia. Sekcya wykazała: zanik obu płatów skroniowych (Huguenin).

Forel i Onufrowicz wykazali przy długotrwałem upośledzeniu słuchu dużego stopnia i przy głuchocie zmniejszenie się płatu skroniowego bez zmian drobnowidowych kory.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Badania czułości niektórych chemicznych sposobów wykrycia tlenku węgla we krwi zaczadzonych.

Podali
B. Grünzweig i A. Pachoński,
stud. medycyny.

Częste przypadki ostrego zatrucia tlenkiem węgla (CO) wywołują zbyt mało zmian anatomicznych, na podstawie których możnaby już z obrazu sekcyjnego rozpoznać to otrucie. Wiadomo bowiem, że prócz zabarwienia jasno-czerwonego krwi, plam pośmiertnych i narządów wewnętrznych, wynik sekcyi jest zresztą ujemny. Opieranie zaś rozpoznania na tych cechach byłoby błędnem, ponieważ także inne otrucia, jakoteż zimno, wytwarzają te same cechy; możnaby więc mylnie rozpoznać śmierć wskutek zmarznięcia, podczas gdy dany człowiek uległ otruciu CO, zwłaszcza, że w zimie częstsze są przypadki zaczadzenia. W tych więc przypadkach, w których wynik sekcyi daje nam wyżej opisany obraz i budzi podejrzenie otrucia tlenkiem węgla, winno się przystąpić do badania krwi, bo ono jedynie może rozstrzygnąć nasze wątpliwości i przypuszczenia potwierdzić.

Powszechnie używane metody w celu wykrycia tlenku węgla we krwi polegają na badaniu jej widma lub zabarwienia jej strątów, uzyskanych przez dodanie odczynników, strącających białko. Te ostatnie noszą nazwę prób chemicznych. Prób tych podano już wiele. Nie wszystkie jednakże nadają się do celów praktycznych, a to z tego powodu, że do badania, polegającego na porównaniu zabarwienia strątów, zmuszeni jesteśmy używać krwi drugiej, niezawierającej tlenku węgla, którą bierzemy ze zwierzęcia lub też z innych zwłok. Takie porównywanie ze sobą dwu krwi obcych nigdy nie może być ścisłem, gdyż o ile przy małej zawartości CO we krwi różnice w zabarwieniu strątów są już same przez się nieznaczne, to używając do porównania krwi obcej, czy to człowieka, zmarłego nieraz z powodu długiej wyniszczającej choroby, czy też tembardziej zwierzęcia, nie mamy zgoła żadnej miary, ile z tej różnicy w zabarwieniu strątów należy położyć na karb już naturalnie odmiennego zabarwienia dwu obcych krwi. Niedokładność tę starał się usunąć Liman w ten sposób, że krew, rozcieńczoną w odpowiednim stopniu wodą, kłócił z powietrzem przez godzinę, aby uwolnić ją od CO i mieć dla porównania dwie ilości krwi tego samego człowieka, jedną zawierającą CO, a drugą wolną od niego. Wypędzanie takie okazało się jednak niezupełnie skutecznem, gdyż CO zostaje z hemoglobiną w tak ścisłym związku, że mimo znacznego nawet rozcieńczenia i długotrwałego kłócenia, zawsze pewna ilość CO we krwi pozostaje. Dopiero dalsze badania nad hemoglobiną i jej pochodnemi, które wykazały, że z methemoglobiną łączy się CO tylko w sposób luźny, mechaniczny, skłoniły Wachholza i Sieradzkiego do podjęcia nowych badań, czy przez przeprowadzenie hemoglobiny we krwi zaczadzonego w methemoglobinę nie dałoby się uzyskać krwi zupełnie wolnej od tlenku węgla i usiłowania te zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. Metoda, podana przez nich, usuwa poprzednie braki w bardzo prosty sposób, bo przez dodanie nadżelasinku potasowego zamienia się tlenkowęglową hemoglobinę (CO-Hb) na methemoglobinę + CO, który zostając z tą ostatnią tylko w luźnem połączeniu, daje się 10—15 minutowem kłóceniem z łatwością wypędzić; tak więc mamy teraz do porównania niejako krew danego człowieka przed jego zatruciem zapomocą tlenku węgla z krwią jego już po dokonanem zaczadzeniu. Zasadę tę wprowadzili powyżsi badacze w metodę Kunkela-Schulza i ogłosili jako swoją modyfikacyę tak zw. próby taninowej.

Dodatnie wyniki, otrzymane tą metodą, naprowadziły na myśl, czy i w innych metodach, używanych dla wykazania CO we krwi, zamiana hemoglobiny w methemoglobinę nie dałaby się uskutecznić i z inicyatywy Prof. Wachholza

podjęliśmy odpowiednie próby. Doświadczenia przeprowadziliśmy z próbami Katayamy, Salkowskiego i Hoppe-Seylera, porównywując równocześnie ich czułość z próbą taninową. Następnie próbowaliśmy zastąpić taninę innymi odczynnikami, strącającymi białko, a dotąd niestosowanymi, jakoto formaldehydem, acetonem i zapomocą ogrzania. Do badania używaliśmy krwi tlenkowęglowej, przygotowanej w następujący sposób: Pewną ilość krwi odwłóknionej wysycaliśmy tlenkiem węgla tak długo, dopóki nie otrzymaliśmy w widmie zupełnie ostrych smug CO-Hb, przedzielonych polem zielonem bez żadnego cienia i utrzymujących się w tej postaci przez szereg godzin mimo dodania siarczku amonu w nadmiarze. W ten sposób zyskaliśmy dowód, że krew ta nie zawiera już zupełnie O-Hb, zmieniającej się pod działaniem siarczku amonu na hemoglobinę, co się zaraz objawia zmianą widma, a zawiera tylko czystą CO-Hb, na którą siarczek amonu pozostaje bez wpływu. Z takiej krwi, zawierającej zatem 100% CO hemoglobiny, przygotowaliśmy przez odpowiednie rozcieńczenie jej krwią czystą rozczyny 10%, 5% i 1%.

Badanie widmowe wykazywało obecność CO-Hb, ale tylko w rozczynach 100% i 50%. Nawet po dodaniu siarczku amonu w nadmiarze smugi resorbcyjne utrzymywały się. Z rozczynów słabszych niektóre dawały jeszcze słabe widmo COHb, inne już nie; a we wszystkich w krótki czas po dodaniu siarczku amonu zjawiała się smuga hemoglobiny. Z tej łatwości, z jaką słabe rozczyny ulegają działaniu siarczku amonu, wynika, że badanie widmowe, jako najprostsze, nadaje się do użycia tylko w razie obecności we krwi znacznej ilości CO. W przypadkach, w których obraz sekcyjny jest ujemny z powodu małej zawartości CO we krwi, a istnieje podejrzenie otrucia zapomocą CO, badanie widmowe rozstrzygać nie może, gdyż mimo istotnego otrucia tlenkiem węgla mała jego ilość we krwi nie daje się już wykryć zapomocą widma.

Daleko dokładniejszemi pod tym względem okazują się tak zw. próby chemiczne i do nich też przechodząc, w myśl założenia kombinowaliśmy metody starsze z zasadniczą modyfikacyą Wachholza i Sieradzkiego. Postępowanie nasze przy metodzie Katayamy było następujące: do dwu probówek lub flaszeczek dawaliśmy po 5 kropli krwi zawierającej 100% COHb, 10 cm.³ wody przekroplonej i 10 kropli 10% nadżelasinku potasowego. Jedną z probówek po ostrożnem zmieszaniu zawartości, by nadżelasinek jednostajnie się rozmieścił, zostawialiśmy w spokoju, a drugą kłóciliśmy silnie z powietrzem przez 10—15 minut. Następnie do obu probówek dodawaliśmy po 2 krople siarczku amonu, a jako ostatecznego odczynnika po 10 kropli kw. octowego. Pod działaniem ostatniego w obu próbkach krwi, w kłóconej z powietrzem i w niekłóconej, powstały strąty, różniące się między sobą odmiennem zabarwieniem. Osad krwi kłóconej miał barwę oliwkowo brunatną, a niekłóconej różowo-ceglastą. Okazało się zatem, że podany przez Wachholza-Sieradzkiego sposób wypędzania tlenku węgla ze krwi, stosowany dotychczas tylko w próbie taninowej, daje się równie dobrze użyć przy metodzie Katayamy, a jak wykazujemy poniżej, także i przy innych.

Badając w powyższy sposób krew, zawierającą 10%, 5% i 1% CO-Hb, stwierdziliśmy, że im mniej zawiera krew COHb, tem słabszą jest różnica w zabarwieniu strątów i tem wcześniej znika, a przedewszystkiem zaciera się odcień czerwony. I tak przy 10% CO-Hb krew kłócona daje osad brunatny, niekłócona zaś daje osad jaśniejszy o wyraźnym odcieniu czerwonym. Różnica z początku bardzo wybitna po godzinie zaciera się. Przy 5% COHb osady są podobnie zabarwione jak przy 10%, różnica jest wyraźną, ale znika znacznie wcześniej. Krew o zawartości 1% COHb daje już tylko minimalną, ale zawsze jeszcze dostrzegalną różnicę. Krew kłócona daje osad szary, niekłócona zaś szary, przez który przebija się jeszcze odcień czerwonawy.

Uwalnianie krwi od tlenku węgla przez przeprowadzenie hemoglobiny w methemoglobinę okazało się skutecznem również przy metodzie siarkowodorowej Salkowskiego.

Przy próbie Hoppe-Seylera używa się jako odczynnika ostatecznego ługu potasowego. Ług zamienia hemoglobinę na hematynę alkaliczną. Hemoglobina czysta ulega tej przemianie zaraz w chwili dolania ługu. CO-hemoglobina zaś jest na działanie KOH o wiele oporniejszą, wskutek czego utrzymuje przez pewien czas swe żywo czerwone zabarwienie i dopiero, kiedy w zupełności zamieni się na hematynę alk. (mniej więcej po 3 godz.), przyjmuje zabarwienie, podobne do hematyny alk., uzyskanej we krwi, pozbawionej CO. Różnicę barw można więc tylko w tym krótkim czasie spostrzegać. Jeżeli jednak w próbie tej zastosujemy obok KOH także siarczek amonu i przez to przeprowadzimy hemoglobinę w hemochromogenę, to różnica barw utrzymuje się trwale, ponieważ hemochromogena łączy się, jak wiadomo, z CO w sposób podobny jak Hb i tworzy połączenie, zwane tlenkowęglową hemochromogeną, która różni się od zwykłej hemochromogeny żywszem czerwonem zabarwieniem i odmiennem widmem. Skutek ten osiągnęliśmy następującem postępowaniem: Do dwu probówek braliśmy po 2 cm.³ krwi, wysyconej tlenkiem węgla, następnie do obu po 8 cm.³ wody i po 20 kropli nadżelasinku potasowego. Wydalenie tlenku węgla z jednej z nich wykonaliśmy w taki sam sposób, jak poprzednio, a po uskutecznieniu tego dodaliśmy po 5 kropli siarczku amonu i po 5 cm.³ KOH. Różnica w zabarwieniu krwi kłóconej i niekłóconej, która już przed dodaniem ostatnich odczynników zaznaczała się, wystąpiła po dodaniu tychże zupełnie wyraźnie. Krew, pozostawiona w spokoju, która zatem zawierała i nadal tlenek węgla, miała barwę wiśniowo-czerwoną, podczas gdy krew, z której przez wstrząsanie i przelewanie wydalono CO, była zabarwiona więcej brunatno.

Próbę taninową, z którą porównywaliśmy wyniki, otrzymane przy użyciu wszystkich innych sposobów, wykonywaliśmy w sposób, ogłoszony przez Wachholza i Sieradzkiego. Następnie przeprowadziliśmy doświadczenia z niestosowanym dotąd do wywoływania strątów formaldehydem. Zachowując całe postępowanie z metody taninowej, użyliśmy jako ostatecznego odczynnika w miejsce taniny — formaliny. Pierwotnie użyliśmy 40% rozczynu formaliny, ale niezadowoleni otrzymanym wynikiem, przeszliśmy do rozczynów 20%, 10%, 2% i 1% jako coraz słabiej redukujących. Obok tego, że rozczyny najsłabsze t. j. 2% i 1% dają najwyraźniejsze różnice barw, zauważyć jeszcze należy, że po dodaniu formaldehydu w pierwszej chwili zachowuje się krew zupełnie odmiennie, niż przy wszystkich innych próbach. Tak krew kłócona, jak i niekłócona są czerwone, a nawet kłócona, t. j. niezawierająca CO, jest jaśniejsza,

podczas gdy przy stosowaniu wszystkich innych odczynników barwa czerwona, a przy mniejszej zawartości tlenku węgla wogóle zabarwienie jaśniejsze jest charakterystyczne dla krwi zawierającej CO. Dopiero po upływie mniejwięcej 5 minut następuje zmiana. Krew, z której wydalono CO, przyjmuje zabarwienie czekoladowe, krew zaś, zawierająca tlenek węgla zatrzymuje barwę różową. Co się tyczy czułości formaliny w wykazywaniu CO we krwi, okazało się, że wykryć nią można jeszcze tylko 10% CO-Hb i że przy tym odsetku CO-Hb. odcienia różowego już brak, krew tlenkowęglowa jest tylko jaśniej czekoladową, niż krew wolna od CO, a po upływie około godziny i ta różnica znika. Przy zawartości zaś 1% COHb we krwi pozostaje działanie formaliny bez żadnego wyniku.

Ponieważ widzieliśmy, że słabsze rozczyny formaliny działają lepiej, niż rozczyny silniejsze, staraliśmy się siłę redukcyjną tejże osłabić z zatrzymaniem jednakże zdolności strącania białka. W tym celu skombinowaliśmy ją z acetonem, którego użyliśmy w ilości 5 kropli na 10 cm.^{3} formaliny. Mimo to jednakże ostateczny wynik nie był lepszy tak tu, jak i przy użyciu samego acetonu.

Tourdes i E. Metzquer w dziele „Traité de Médicine Légale“ (Paris 1896 str. 648) podają, że krew tętnicza bez CO silnie zagrzana ciemnieje, podczas gdy krew tlenkowęglowa zachowuje swoją żywo czerwoną barwę. Spróbowaliśmy więc przy metodzie Wachholza-Sieradzkiego użyć zagotowania, jako czynnika strącającego białko atoli wynik nie był zbyt pomyślny. Powstają wprawdzie strąty: oliwkowo brunatny we krwi wolnej od tlenku węgla, a rdzawy we krwi tlenkowęglowej, jednak różnica między nimi jest tak mało wybitna, że na niej zupełnie rozpoznania opierać nie można, zwłaszcza przy mniejszej niż 100% zawartości CO-Hb. we krwi.

Porównywując w końcu czułość wszystkich tych prób pomiędzy sobą, dochodzimy do przekonania, że dla wykazania tlenku węgla, wysycającego całą ilość hemoglobiny, można użyć każdej z nich, gdyż nawet najmniej czułe dają dostatecznie wyraźne różnice. Przy zawartości 10% COHb wybitne różnice występują już tylko przy próbie octowej taninowej i formalinowej, podczas gdy potasowa, acetonowa i przez zagotowanie wypadają z wynikiem ujemnym. Przy 5% i 1% COHb okazała się czułą tylko próba taninowa i octowa. Chcąc więc otrzymać wyniki pewne i wyraźne w krwi o małej zawartości CO-Hb, należałoby przy badaniu stosować tylko dwie ostatnie metody z modyfikacyą Wachholza i Sieradzkiego.

* * *

III. O bolu międzymiesiączkowym.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

(Dokończenie).

Zestawiłem powyżej wszelkie objawy podmiotowe i przedmiotowe, o jakich dowiadujemy się, względnie, jakie wybadać możemy u osób, cierpiących na bole międzymiesiączkowe. Czy na podstawie tych danych możemy stworzyć teoryę patogenezy tego cierpienia?

Zadanie to niełatwe i właśnie dlatego odnośne piśmiennictwo obfituje w mniej lub więcej udane próby rozwiązania tej zagadki. Zacznijmy od mniej udanych. Drennan sądzi, że bole międzymiesiączkowe są następstwem skurczów macicy, wydalających niezapłodnione jajko z macicy; w niektórych przypadkach mają znowu skurcze trąbki, przez którą wędruje jajko, wywoływać napadowe bole, naturalnie u osób z nieprawidłowo wrażliwym systemem nerwowym. Zapatrywanie to nie jest poparte żadnym dowodem i nie wymaga też, jako zupełnie bezpodstawne, dowodów, wykazujących jego nicość. Brodier uważa jako przyczynę bolów okresowe obrzmienie macicy, przyczem jednę niewiadomą zastępuje drugą, nie dowiadujemy się bowiem, co wywołuje to obrzmienie.

Daleko więcej ma za sobą teorya, poparta szeregiem poważnych nazwisk, która przyczyny bolów szuka w czynności jajnika i wprowadza w związek przyczynowy napad bolu z owulacyą. Ból międzymiesiączkowy odpowiada zdaniem tych autorów w zupełności bolowi miesiączkowemu *(dysmenorrhoea ovarica)*, nieprawidłowość zaś leży w tem, że owulacya nie schodzi się z miesiączką, tylko jest od niej oddzielona okresem mniej więcej dwutygodniowym Jeżeli przytem są warunki powstania *„dysmenorrhoea ovarica“*, jak przewlekłe zapalenie jajników ze zgrubieniem błony białawej *(albuginea)* jajnika, to taka owulacya w środku między miesiączkami wywołuje napad bolów. Zdanie takie wygłaszają Hermann, Croom, Marhs, Rheinstädter, a i Strassmann zdaje się do niego przychylać.

Teorya ta znajduje pewnego rodzaju poparcie w ciekawem spostrzeżeniu Murraya. Chora jego rodziła 4 razy, a zawsze 15 dni wcześniej, niżby to wypadało według obliczenia, biorącego za podstawę ostatnią miesiączkę. Zaznaczyć muszę przedewszystkiem, że są osoby, które nie cierpią na bole międzymiesiączkowe, a mimo to stale rodzą zawcześnie; zresztą spostrzeżenie to przemawiałoby mi do przekonania, gdyby chora Murraya była stale rodziła o 15 dni zapóźno, nie musielibyśmy bowiem wówczas przyjmować, że zawsze już podczas ciąży miewała miesiączkę. Pomijam zresztą to odosobnione spostrzeżenie Murraya, gdyż zdaniem mojem nie dowodzi ono niczego.

Teorya owulacyjna przyjmuje dwa fakta: 1° owulacyę w środku między miesiączkami i 2° nieprawidłowości w jajniku, powodujące ból podczas owulacyi. Bez tego drugiego przypuszczenia byłaby cała teorya bezpodstawną, gdyż żadną miarą nie możemy przyjąć, że każda owulacya jest bolesną. Nie mamy też najmniejszych podstaw do przyjęcia, że owulacya poza okresem miesiączkowym jest bolesną, jak to zapewne sądzi Rheinstädter, pisząc: *„Es handelt sich dabei nur um eine Ovulation in der Mitte zwischen zwei Perioden, bei welcher es nicht zu der entlastenden Uterusblutung kommt“.*

Przeciwnie wiemy, że owulacya odbywa się nie tak rzadko poza okresem miesiączkowym bez jakichkolwiek dolegliwości. Zmiany w jajnikach u naszych chorych są zresztą tak częste, że z tej strony nie mielibyśmy nic do zarzucenia teoryi owulacyjnej. Na pewną trudność napotykamy, jeżeli zastanowimy się nad przypadkami, w których bole międzymiesiączkowe są wyraźnie jednostronne. Przypadki te nie są rzadkie. Ponieważ jajniki działają naprzemian, t. j. owulacya odbywa się mniej lub więcej regularnie naprzemian z prawego i lewego jajnika, przeto trudnoby nam było zrozumieć, dlaczego ból występuje stale po jednej, częściej

po lewej stronie. Gdyby tylko jeden n. p. lewy jajnik był zmieniony, to należy przyjąć, że nie co miesiąc pojawiałyby się bole, a przynajmniej nie co miesiąc z tem samem nasileniem. Drugą trudność sprawić nam muszą przypadki, w których ból pojawia się nietylko w okresie międzymiesiączkowym, ale i podczas lub bezpośrednio przed miesiączką, zwłaszcza, jeżeli ból ten, jak twierdzą niektórzy autorowie, jest taki sam. Trzebaby wtenczas przyjąć, że u osoby tej odbywają się dwie owulacye co miesiąc, i to co 2 tygodnie. Trzecia trudność, to czasowa zawisłość napadu bolu międzymiesiączkowego od następującej po nim regularności. Jeżeli wogóle jest prawdą, że miesiączka jest widomym znakiem owulacyi, to bądź co bądź trudno przypuścić, żeby miesiączka, występująca n. p. 15 stycznia, była następstwem owulacyi, która się odbyła 1 stycznia. Odpowiedź na bodziec, wychodzący z jajnika, przychodziłaby tu za późno. Jeżeli zgodzimy się na teoryę owulacyjną, to z konieczności musimy przyjąć, że w tych przypadkach owulacya i miesiączka są od siebie niezawisłe, że każda z nich ma swój okres czterotygodniowy.

Miesiączka, występująca w 14 dni po owulacyi, nie byłaby wówczas jedną z części składowych procesu owulacyjnego, nie należałaby do tej owulacyi. Tymczasem doświadczenie poucza nas, że napad bolu międzymiesiączkowego stoi w czasowym związku nie z tą regularnością, która była, ale z tą, która po nim nastąpi.

Zwraca na to zupełnie słusznie uwagę Fassina, a dowodów na to twierdzenie szukać należy u tych chorych, u których miesiączka występuje w nieregularnych odstępach czasu. Tak więc bez wątpienia napad bolu międzymiesiączkowego i następująca po nim miesiączka stanowią dwie części składowe jednego procesu, którego ból jest zapewne początkiem, a miesiączka końcem.

Ostatecznie obala teoryę owulacyjną fakt, że możemy leczeniem czysto mechanicznem (o którem później pomówię) nie dopuścić do napadu bolu, choć żadnej nie ulega wątpliwości, że leczenie to ani nie może powstrzymać w toku będącej owulacyi, ani wyleczyć zmian w jajnikach, które bolesności tej mają być przyczyną. Tak więc widzimy, że przyjęciu teoryi, która napad bolu międzymiesiączkowego starała się wytłómaczyć owulacyą, występującą między miesiączkami, stoją na przeszkodzie poważne trudności.

Inna grupa autorów szuka przyczyny bolów nie w jajnikach, ale w błonie śluzowej macicy. Kossmann, który na str. 311 swojej ogólnej ginekologii podaje własną teoryę, tłómaczącą bole międzymiesiączkowe nieprawidłową czynnością jajnika, pisze na str. 405: *„er (der Schmerzanfall) ist ein Symptom der chronischen Endometrtis“*. Küstner, Schröder i Heitzmann wspominają o tych bolach w rozdziale o *„endometrtis“* i uważają je za objaw tego cierpienia. Nieco ostrożniej wyraża się Martin, który pisze: *„Bei verschiedenen solchen Kranken ist, soweit ich feststellen konnte, jedenfalls eine Uterusschleimhaut-Affection mehr in den Vordergrund getreten“*.

Wreszcie Croom wypowiada zdanie, że tylko w tych przypadkach bolu międzymiesiączkowego, którym towarzyszy odpływ z jamy macicznej, — choroba błony śluzowej odgrywa rolę patogenetyczną.

Na teoryę tę, szukającą przyczyny napadów bolów w *„endometritis“*, nie można się żadną miarą zgodzić. Obala ją przedewszystkiem bezskuteczność leczenia tak doszczętnego, jak wyskrobanie błony śluzowej macicy. Niema ono żadnego wpływu na napady bolów międzymiesiączkowych, jak to liczni autorowie stwierdzili i jak ja u jednej z chorych moich mogłem się przekonać. Zresztą to, co wyżej mówiłem o stanie macicy u moich chorych, wyklucza *„endometritis“* jako przyczynę bolów z tej prostej przyczyny, że chore te nie miały *„endometritis“*. Miały one zmiany w błonie śluzowej, towarzyszące Richelotowskiemu chorobowemu przerostowi macicy, zmiany opisane, dokładnie przez Richelota jako takie, których wyskrobanie błony śluzowej nigdy radykalnie nie usuwa. Nie chcę twierdzić, jakoby te zmiany przerostowe błony śluzowej nie były w żadnym związku z obchodzącem nas cierpieniem; pragnę tylko wyraźnie zaznaczyć, że nie były to zmiany zapalne. Już sam fakt, że wśród napadów bolu międzymiesiączkowego zjawiają się upławy wodniste lub krwawe, dowodzi, że błona śluzowa macicy bierze w tem cierpieniu bezpośredni udział, z czego jednak bynajmniej nie wynika, żeby tam właśnie była przyczyna całego cierpienia. Wiemy, że błona śluzowa trzonu macicy nie jest u kobiety miesiączkującej prawie nigdy w spoczynku. Sprawa przerostu przygotowującego t. zw. doczesną miesiączkową (*decidua menstrualis*), a przedstawiająca okres zmian postępowych (progresyi), ustępuje miejsca właściwej miesiączce, która niszcząc górne warstwy wytworzonej doczesnej, mieści w sobie znamiona zmian wstecznych (regresyi), poczem następuje odradzanie się błony śluzowej (*regeneratio*). Teraz dopiero przechodzi błona śluzowa w stan spoczynku, trwający zaledwie kilka dni, tj. tak długo, dopóki okres zjawisk nie rozpocznie się na nowo przerostem błony śluzowej. Jak długo trwają poszczególne części składowe całego okresu miesiączkowego, nie wiemy do dziś dnia dokładnie. Zdaniem Hensena trwa okres zmian postępowych 10 dni, nie jest jednak bynajmniej wykluczonem, że trwa on może dłużej. Przypadki bolu międzymiesiączkowego którego czas pojawienia się związany jest, jak wyżej powiedziałem, z terminem wystąpienia idącej po nim miesiączki, zdaje się przemawiać za tem, że sprawa przerostu w tych przynajmniej przypadkach rozpoczyna się 13 do 14 dni przed właściwym peryodem. Otóż nasuwa się niewątpliwe przypuszczenie, że w błonie śluzowej, z tej lub owej przyczyny chorej, nie odbywa się okres miesiączkowy tak, jak zwykle bez bolów, tylko, że początek sprawy przerostowej połączony niewątpliwie z przekrwieniem, objawia się napadem bolów, a czasem i odpływem cieczy wodnistej lub krwi. Gdyby tak było, to rzeczywiście w nieprawidłowości błony śluzowej macicy szukaćbyśmy musieli przyczyny napadowych bolów międzymiesiączkowych.

Przeciw temu przypuszczeniu możemy jednak wystąpić z poważnymi dowodami. Naprzód fakt, że czasami bole bywają jednostronne, powtóre zupełna bezskuteczność wyskrobania błony śluzowej, o której wspomniałem powyżej, — a wreszcie dobre wyniki leczenia mechanicznego, które na stan błony śluzowej żadnego nie może mieć wpływu przemawiają przeciw temu przypuszczeniu. Tak więc musimy stwierdzić, że: 1° błona śluzowa jamy macicy jest zwykle u chorych z bolami międzymiesiączkowymi nieprawidłową, co staje się powodem odpływów wodnistych lub krwawych podczas napadu i pociąga z wszelkiem prawdopodobieństwem za sobą niepłodność tych kobiet, a 2°, że

nie w tej nieprawidłowości błony śluzowej leży przyczyna napadów bolu.

Pewna grupa autorów szuka przyczyny cierpienia w trąbkach i wskazuje na *hydrosalpinx profluens*, jako na chorobę podstawową. (Addinsell, Giles i t. d.). Zdaniem tych autorów gromadzi się w zamkniętej trąbce płyn surowiczy, który od czasu do czasu wypływa przez macicę na zewnątrz, naturalnie wśród bolesnych skurczów jajowodu. Uderzającą i nieprawdopodobną wydaje się ta teorya przedewszystkiem ze względu na punktualność tego zjawiska, gdyż trudno przypuścić, żeby *hydrops tubae profluens* wydalał swój płyn do macicy przez całe lata miesiąc w miesiąc stale 13-go lub 14-go dnia przed miesiączką. Giles wyjaśnia to w ten sposób, że podczas miesiączki obrzęk błony śluzowej zamyka ujście maciczne trąbki, przez co stały dotychczas odpływ zostaje zatamowany; to ma wywoływać skurcze trąbki. Zbijanie tej teoryi jest o tyle zbyteczne, że u żadnej chorej mojej napewno nie było nagromadzenia płynu w trąbce, choć przeważną ilość chorych badałem w różnych czasach przed i po napadzie. Nie przeczę, że autorowie angielscy mieli u swoich chorych do czynienia z *hydrops tubae*, ale nawet i w tych przypadkach nie przypuszczam związku przyczynowego między tem cierpieniem, a napadami bolów międzymiesiączkowych.

Tłómaczenie Gilesa nie trafia mi zupełnie do przekonania. Dnie, poprzedzające napad bolów, to są właśnie dnie najmniejszego obrzęku błony śluzowej; toż właśnie jest czas jej spoczynku. Jeżeli więc kiedy, to w tygodniu poprzedzającym napad bolów, ujście maciczne trąbki jest drożne.

Pozostaje wreszcie zapatrywanie Bouillyego. Zdaniem jego przyczyną bolów międzymiesiączkowych są nawały krwi (*congestio*), spowodowane przez zboczenia naczynioruchowe, mające swe źródło w stanie jajników. Z zapatrywaniem tem zupełnie się godzę, sądzę jednak, że nie wyczerpuje ono kwestyi.

Nie ulega dla mnie wątpliwości, że napad bolu międzymiesiączkowego schodzi się z nawałem krwi *(congestio, une poussée congestive* Bouillyego*)*. Nawał ten rozpoznać można, badając chore podczas napadu; zupełnie dobrze opisuje go Fasbender. U jednej z chorych moich mogłem z łatwością wybadać podczas napadu bolu silny nawał krwi, połączony z tętnieniem tętnic macicznych i zesinieniem części pochwowej. Objawy te zniknęły po ustaniu bolu.

Wśród jakich warunków powstają te międzymiesiączkowe nawały krwi? Na podstawie wyniku badania moich chorych nabrałem przekonania, że cierpieniem, które powoduje te nawały, jest chorobowy przerost macicy z towarzyszącemi mu zmianami jajników, a więc cierpienie, które Richelot opisał pod nazwą *congéstion et sclerose*. Przypuszczam, że przerost i drobnotorbielkowe zwyrodnienie jajników odgrywa tu ważniejszą rolę, że z nich wychodzi bodziec nerwowej, czy chemicznej przyrody, powodujący gwałtowny nawał krwi.

Najlepszy znawca tego nowego typu chorobowego, Richelot, w ustępie o objawach tego cierpienia zwraca uwagę na to, że nawały krwi, przychodzące od czasu do czasu, są dla tej choroby charakterystyczne: „...najczęściej“, pisze on, „zjawiają się te nawały (*des poussées congestives*) w okresie miesiączki; ale przychodzą też i w międzyczasie, czasem niespodzianie i w terminie dowolnym, czasem z prawdziwą peryodycznością w środku okresu międzymiesiączkowego“. Richelot ma tu naturalnie na myśli napady bolu międzymiesiączkowego, które zresztą w dalszym ciągu tego ustępu doskonale opisuje. Dodaje w końcu, że okresowe nawały krwi są dla tego cierpienia wprost charakterystyczne.

Chodziłoby teraz o wytłómaczenie, dlaczego te nawały krwi zjawiają się stale co miesiąc, mniej więcej dwa tygodnie przed miesiączką i dlaczego wywołują bole i inne objawy. Otóż tu skazani jesteśmy na hipotezy. Najprawdopodobniejszą jest ta, że z jajników chorobowo zmienionych i to zmienionych w pewien charakterystyczny dla sklerozy macicznej sposób, wychodzą bodźce, wywołujące silniejszy niż zwykle skutek. Jest to tem prawdopodobniejsze, że w przebiegu chorobowego przerostu macicy mamy wedle Richelota prawie stale do czynienia z kongestyą, która w pewnych chwilach wzmaga się do wyżyn wprost patologicznych. Nawał międzymiesiączkowy zdaje się odpowiadać początkowi nowego okresu peryodycznego, czyli początkowi nowego przerostu błony śluzowej macicy. W każdym razie jest to zmiana naczynioruchowa, mająca swoje źródło w czynności jajnika, jak właśnie twierdzi Bouilly, ale dodać muszę, jajnika chorobowo zmienionego. Nawał ten rozgrywa się też w zmienionych chorobowo częściach płciowych. Punktualność, z jaką ten stan występuje, dowodzi, zdaniem mojem, że zostaje on w związku z procesem owulacyjnym, z czego jednak bynajmniej nie wynika, żeby odpowiadał czasowi wyjścia jajka z jajnika.

Skąd pochodzi ból? Bezpośrednie spostrzeżenia pouczyły mnie, że ból międzymiesiączkowy ma wszelkie cechy nerwobolu (*nevralgie pelvienne*). Nerwoból miedniczy, następujący u osób z zupełnie zdrowemi częściami płciowemi, nie jest zdarzeniem zbyt rzadkiem. Widziałem napady tego nerwobólu u osób cierpiących na nerwobole w innych miejscach ciała, zwłaszcza u osób ze skazą moczanową; u jednej z chorych moich przedstawiał się bardzo groźnie, zupełnie jak ostre zadraźnienie otrzewnej w miednicy. Po upływie 24 godzin można było chorą tę dokładnie badać i wykazać zupełnie prawidłowy stan części płciowych. Otóż ból międzymiesiączkowy swojem umiejscowieniem, charakterem, ostrym początkiem i nagłym spadkiem, zachowaniem się wreszcie chorych podczas napadu, przypomina mi żywo napady takiego nerwobólu. Częstsze występowanie tego bólu po stronie lewej, przemawia też za jego przyrodą newralgiczną, gdyż, jak doświadczenie poucza, lewa strona miednicy jest znacznie częściej siedzibą nerwobólu, niż prawa. Zbierając to, cośmy dotąd powiedzieli, musimy wyrazić przypuszczenie, że gwałtowny nawał krwi, spowodowany zboczoną czynnością chorobowo zmienionych jajników, wywołuje napad nerwobólu. Ten sam nawał krwi (dający się zresztą, jak wyżej wspomniałem, podczas napadu wprost wybadać) powoduje odpływ z macicy, zapewne za pośrednictwem wzmożonej czynności jej gruczołów. Czasami odpływ ten bywa krwawy. Tłómaczenie to wystarcza dla wyjaśnienia wszelkich typów obchodzącego nas cierpienia. I tak zdarza się, że nerwoból występuje jako jedyny objaw nawału, odpływów zaś macicznych nie ma wcale; w innych przypadkach nerwobolowi towarzyszy odpływ, w innych wreszcie nawał powoduje odpływ krwawy, nie wywołuje jednak nerwobolu.

Już po napisaniu tego artykułu dostałem do rąk pracę van de Veldego. Autor ten podaje wynik długich swoich spostrzeżeń nad falistością czynności płciowych kobiecych i innych funkcyi ustroju. Rozróżnia on rozmaite typy linii falistej, którą otrzymuje z pomiarów ciepłoty porannej u rozmaitych kobiet. Linia ta ma uwidaczniać natężenie różnych czynności fizyologicznych danego osobnika, między innemi i ciśnienia w naczyniach krwionośnych. Otóż są zdaniem autora osoby, u których linia falista okazuje wielkie różnice między swojem „maximum" a „minimum". Dno fali jest wówczas głębokie, szczyt zaś wysoki. U tych to osób właśnie w czasie, kiedy linia schodzi na dno fali, w czasie więc najmniejszego natężenia czynności fizyologicznych, w czasie najniższego stanu ciepłoty porannej, w czasie najniższego ciśnienia krwi w naczyniach, występuje napad bólu międzymiesiączkowego. Porażenie niezupełne naczyń powoduje wówczas bierny nawał krwi (*passive Congestion*), który wśród napadu da się wybadać. Powodem bolu jest zdaniem autora „rozciąganie pokrywy otrzewnowej, napięcie więzów, ucisk na sąsiedztwo... i t. d."

Autor spostrzegał trzy przypadki bolów międzymiesiączkowych i twierdzi, że wewszystkich były objawy lekkich przewlekłych zapaleń w częściach płciowych. Z opisu, który tu dosłownie przytaczam, nie można nabrać przekonania, że były to rzeczywiście objawy zapalenia. Van de Velde pisze: „Dające się jeszcze wybadać zboczenia od stanu prawidłowego polegały na: niewielkiem powiększeniu macicy i jajników; przy obmacywaniu tkliwość jest nieco większa, niż prawidłowa. Macica jest twardsza, niż być musi. Kąt między trzonem a szyją jest za wielki, obie części leżą prawie w linii prostej i wzajemnie względem siebie mało są poruszalne. Dno macicy leży bardzo silnie ku przodowi, część pochwowa zwrócona więcej, niż zwykle, ku tyłowi. Cała macica jest należycie poruszalna; za gwałtowne próby poruszania sprawiają jednak ból".

Czy w opisie tym jest niewątpliwy dowód, że chore te przebyły zapalenie w częściach płciowych wewnętrznych? Autor nie wybadał żadnych zrostów, żadnych zmian w jajowodach, przeciwnie podnosi, że macica jest należycie poruszalną. Cały opis przemawia raczej za tem, że u chorych tych istniała Richelotowska skleroza macicy i jajników.

Zapatrywanie swoje, mianowicie twierdzenie, że istnieje związek przyczynowy między głębokością dna linii falistej, a napadem bolu, popiera autor wynikami leczniczymi. Podawał on przetwory jajnikowe, które korzystnie wpływały na napady bolów międzymiesiączkowych.

Ciekawe i nowe spostrzeżenia Van de Veldego stoją w zupełnej zgodzie z moimi zapatrywaniami; jeżeli falistość czynności fizyologicznych ustroju kobiecego jest bez wątpienia następstwem czynności jajnika, to zboczenia w tych narządach powodować mogą, jeśli nie muszą, nieprawidłowości w tej falistości. Osoby, które badał Van de Velde, miały linię falistą uderzająco głęboką, miały przytem nieprawidłowe jajniki zupełnie tak samo, jak moje chore. Należy przypuszczać, że ta właśnie nieprawidłowość jajnika była powodem głobokości fali, a w dalszem następstwie biernego nawału krwi w częściach płciowych.

Uwagi Van de Veldego, dotyczące leczenia, są bardzo ciekawe i zachęcają do dalszych w tym kierunku badań.

Przechodzę do leczenia. Proponowano i stosowano rozmaite leki: tojad (*aconitum*), brom, antypirynę podskórnie, ergotynę, tyreoidynę, hamamelis, piramidon i t. d., i t. d. przeważnie bez wyraźnego skutku. Olshausen podnosi skuteczność piramidonu i antypiryny, a więc leków, działających wogóle przeciw nerwobolom. Van de Velde podawał, jak wyżej podniosłem, z dobrym skutkiem przetwory jajnika.

Stosowano nadto sposoby wodolecznicze. Uporczywość cierpienia zmusiła wielu lekarza do wstąpienia na drogę operacyjną. Prócz skrobania, wykonywano nakłucie pęcherzyków jajnikowych (Martin) wycięcie jajników, ba nawet wycięcie macicy z jajnikami. Że te dwa ostatnie sposoby musiały prowadzić do celu, jest naturalnem; nasuwa się jednak wątpliwość, czy operatorzy nie zaszli tu zbyt daleko w radykalizmie.

Lecząc jedną z swoich chorych, 7 lat temu, zastosowałem kolumnizacyę pochwy sposobem Auvarda. Użyłem tego sposobu po naradzie z radcą dworu prof. Jordanem dlatego, ponieważ powiększenie jajników i ich bolesność przemawiały za przewlekłą sprawą zapalną. Chora ta miała od szeregu lat napady bolów międzymiesiączkowych. Wśród leczenia sposobem Auvarda napad weale się nie zjawił, natomiast w miesiąc później, kiedy chora nie miała tamponów Auvardowskich, ból międzymiesiączkowy pojawił się na nowo. Spostrzeżenie to skłoniło mnie do zwrócenia uwagi na wpływ mocnej i szczelnej tamponady pochwy na napady bolów międzymiesiączkowych, przyczem i u innych trzech chorych zauważyłem ten sam korzystny wpływ leczenia.

U jednej z chorych stosowałem kolumnizacyę przez kilka miesięcy z kolei z doskonałym skutkiem, który trwał jeszcze kilka miesięcy po skończeniu leczenia. U innej zaczynałem zakładać tampony 2—3 dni przed spodziewanym napadem i stosowałem to leczenie tylko przez tydzień. Wśród tego leczenia napady bolów nie zjawiały się weale, lub tylko w postaci bardzo słabych dolegliwości. Tylko jedna chora twierdziła, że leczenie nie zmniejsza jej bólu.

Jak wytłómaczyć działanie kolumnizacyi? Należy przypuszczać, że odgrywa tu rolę albo ucisk na naczynia żylne w przymaciczu w podobny sposób, jak działa ucisk na żylaki kończyn, albo, że mamy tu do czynienia z uciskiem na nerwy. Nie śmiem zresztą rozstrzygać, w jaki sposób działanie to się odbywa; w każdym razie jednak w kolumnizacyi posiadamy dzielny środek, usuwający napady bolów międzymiesiączkowych.

Przy najbliższej sposobności zastosuję opisane przez Pincusa leczenie (*Belastungstherapie*) na „*planum inclinatum*".

Piśmiennictwo. 1) Addinsel: Intermenstrual pain (Trans. of the Obst. soc. of London 1898, ref. Frommel Jahresb. XII, pag. 237. — 2) Auvard: Ueber Scheidentamponade (Centr. f. Gyn. 1898, Nr. 12 str. 303). — 3) Baldy: An American Textbook of Gynaecology 1894, str. 110 i 115). — 4) Ballantyne; Dyskusya nad odczytem Crooma (patrz Croom). — 5) Blaud-Sutton: Dyskusya nad odczytem Addinsella (Centrlbl. f. Gyn. 1898, Nr. 19, str. 516). — 6) Bouilly: Des poussées congestives intermenstruelles (Revue de gynéc. et de chir. abdom. Juillet 1897, Nr. 4, ref. Centr. f. Gyn. 1897, Nr. 46, str. 1372). — 7) Brioude: De la sclérose de l'utérus (Gynécologie I, 1896, str. 236). — 8) Brodier: Des douleurs intermenstruelles périodiques (Congrès intern. de gyn. Amsterdam ref. From. Jahrb. XIII, str. 160). — 9) Bulius: Der Eierstock bei Fibromyoma uteri (Zeitschr. f. Geb. u.

Gyn. XXIII. 1892. str. 358). — 10) Bylicki: Nauka o chorobach kobiecych. Kraków 1904. — 11) Groom J. H.: The intermenstrual pain (Edinb. med. Journ. 1895, February). — 12) Doléris et Picherin: Valeur séméiologique de la douleur (Gynécol. 1896, I, str. 289). — 13) Drennan: Intermenstrual pain (Medical News. str. 68). — 14) Fassina: Des douleurs intermenstruelles. (Thèse Paris 1899). — 15) Gebhard w podręczniku Veita: Die Menstruation, t. III, A, str. 105). — 16) Giles: Dyskusya (Addinsell) (Centr. f. Gyn. 1898, Nr. 19, str. 516). — 17) Hegar et Kaltenbach: Operative Gynaekologie. IV Aufl., 1897, str. 7. — 18) Heitzmann: Compendium der Gynaekol Wien 1891, str. 37 i 231. — 19) Hermann: Dyskusya (Addinsell). (Centr. f. Gyn. 1898. Nr. 19, str. 516) — 20) Kossmann. Allgemeine Gynaekologie. Berlin 1903, str. 311, 363, 405. — 21) Küstner: Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie. Jena 1901, str. 144 — 22) Lisfranc: Maladies de l'utérus. Paris 1836, str. 296. — 23) Marsh: Intermenstrual phenomens. (Amer Journ. of. Obst 1897 July, ref. From. Jahrb. XI. str. 464). — 24) Martin M.: Pathol. u. Ther. der Frauenkrankh. 1885, str. 32. — 25) Martin A.: Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierst. Leipzig 1899. str. 273. — 26) Murdoch Cameron: The scot. med. and surg. Journ. oct. 1904, ref. Gynécologie 1904 Decembre. — 27) Olshausen: Ueber Amenorrhoe und Dysmenorrhoe (Zeitsch. f. Geb. und Gyn. LI, I, str. 245). — 28) Palmer: Periodical intermenstrual pain. (Am. Journ. of. Obst. XXV, str. 328, ref. From. Jahrb. VI. 1892, str. 840). — 29) Pfannenstiel: podręcznik Veita, str. 285. — 30) Pincus: Belastungslagerung, Wiesbaden 1905. — 31) Pozzi Traité de gynécologie ct. 1892, str. 600. — 32) Priestley: Brit. med. Journ. 1871. — 33) Rheinstädter: Praktische Grundzüge der Gynaekologie, Berlin 1892, str. 200. — 34) Richelot: Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, Paris 1902. str. 110. — 35) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorg. VII Aufl. Leipzig 1886, str. 121, 339, 315. — 36) Siredey A.: La congestion utérine (Gynécologie 1900, V, str. 1). — 37) Storer Malcolm: Intermenstrual dysmenorrhoea (The brit. med. and surg. Journ. 1900, April 17, ref. From. Jahrb. XIV 1901. Sprawozdanie roczne Frommela mylnie wskazuje czasopismo, które nie istnieje). — 38) Strassmann: Dyskusya nad odczytem Olshausena (Zeit. f. Geb. u Gyn LI., 2, str. 386). — 39) Van de Velde: Ueber den Zusammenhang zwischen Ovarialfunction, Wellenbewegung und Menstrualblutung und über die Entstehung des sogen. Mittelschmerzes. Haarlem, Jena 1905 — 40) Watson A. M.: Report of a case of intermenstrual dysmenorhoea (Edinb. med. Journ. 1901 Oct., ref. From. Jahr. XV, str. 336). — 41) Whitelocke: A case of intermenstrual dysmenorrhoea, cured by successive oophorectomies (The brit. med. Journ. 1902 Oct., ref From. Jahrb. XVI, str. 250).

IV. Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. Prof. Kadera.

O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

Podał

Dr. Mieczysław Staszewski.

(Praca częściowo wygłoszona na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902).

(Dokończenie).

Bliżej wglądnąwszy w zachowanie się białych ciałek krwi jednojądrzastych, przychodzimy do przekonania, że trudno jest wprawdzie oznaczyć je ściślej. Ze stanowiska jednak stosunku odsetkowego przed i po operacyi ich ilości bezwzględnych, znajdowanych w 1 mm.³, zachowanie się to da się sprowadzić do czterech następujących typów, z których każdy znajduje swoją ilustracyę w odpowiednich przypadkach.

Typ pierwszy bardzo rzadki (Tabl. I): po operacyi zwiększenie stosunku odsetkowego limfocytów do innych rodzajów białych ciałek i zwiększenie bezwzględnej ich ilości w porównaniu do ilości, znajdowanej przed operacyą.

Stosunek odsetkowy do ogólnej liczby ciałek białych 19% przed operacyą, ilość bezwzględna 1330; we 24 godzin po operacyi stosunek odsetkowy 28%, ilość bezwzględna 4604; w 48 godz. stosunek odsetkowy 21%, ilość bezw. 3570; po upływie 10 dni stosunek odsetkowy 19, ilość bezwzględna 1520.

Tablica I.

L. dz. 237/901/2. *L. A.* l. 21. *Hernia ing. obl. lib. sin.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty: duże %	Limfocyty: duże liczba bezwz.	Limfocyty: małe %	Limfocyty: małe liczba bezwz.	Limfocyty: przejściowe %	Limfocyty: przejściowe liczba bezwz.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz.
Przed operacyą:										
—	7.000	15	910	1	70	5	350	80	0	0
24/V. Herniotomia sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźwiowem (0,06 tropakokainy) — Krwawienie minimalne. Czas trwania 30 minut.										
Po operacyi:										
25/V	16,800	10	1680	2	236	16	2688	70	1	168
26/V	17,000	6	1020	0	0	15	2550	74	0	0
1/VI	8.200	Nie badano								
6/VI	8,000	13	1040	0	0	6	480	77	4	320

Typ drugi: Stosunek odsetkowy ciałek jednojądrzastych zmniejsza się; — bezwzględna ich ilość w 1 mm.³ zmniejsza się tak samo (Tabl. II).

Stosunek odsetkowy przed operacyą 42%; ilość bezwzględna 3164; w 4 godz. po operacyi stosunek odsetkowy 13%; — ilość bezwzględna 2040; we 24 godzin po operacyi stosunek odsetkowy 7%; — ilość bezwzględna 840; w 48 godzin po operacyi stosunek odsetkowy 24%. ilość bezwzględna 3024.

Tablica II.

L. dz. 277/901/2. *B. F.*, l. 19. *Hernia ing. dext. libera.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty: duże %	Limfocyty: duże liczba bezwz.	Limfocyty: małe %	Limfocyty: małe liczba bezwz	Limfocyty: przejściowe %	Limfocyty: przejściowe liczba bezwz.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz
Przed operacyą:										
na czczo	9.200	29	2668	0	0	13	1196	56	2	184
27/VI. Operacya doszczętna sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźwiowem. — 0,06 tropakokainy.										
Po operacyi:										
w 4 g. po op.	18.200	9	1620	0	0	4	420	87	0	0
28/VI	12,000	6	720	0	0	1	120	91	0	0
29/VI	12,600	10	1260	0	0	14	1764	71	2	252

W dalszym przebiegu po wyżej wskazanym powrocie do stanu prawidłowego ulegały ciałka białe jednojądrzaste różnym wahaniom, których przyczyny nie byłem w stanie sobie wyjaśnić.

Typ trzeci: Stosunek odsetkowy białych ciałek jednojądrzastych do ogólnej liczby wszystkich białych ciałek zmniejszał się po operacyi w znacznym stopniu.

Pomimoto ilość bezwzględna ich natomiast znacznie wzrastała.

Przykładem tego może być przypadek, umieszczony w Tabl. III. *Ulcus ventriculi sanguinans.*

Przed operacyą stosunek odsetkowy 21%; ilość bezwzględna 756; we 24 godz. po operacyi stosunek odsetkowy 7%; — ilość bezwzględna 1683; w 48 godz. stosunek odsetkowy 12%; — ilość bezwzględna 1344 i t. d.

Tablica III.

L. dz. 159. *K. H.* l. 20. *Ulcus ventriculi sanguinans.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty duże %	duże liczba bezwz.	małe %	małe liczba bezwz.	przejściowe %	przejściowe liczba bezwz	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz.
Przed operacyą:										
10/V na czczo	3,600	10	360	2	72	9	324	77	1	36
10 V. W uśpieniu chloroformowem *Laparotomia, gastroenterostomia anter. et enteroanastomosis.* — Silne przekrwienie powłok brzusznych.										
Po operacyi:										
11/V	24,050	4	962	0	0	3	721	86	0	0
12/V	11,200	4	448	5	560	3	336	87	0	0
13/V	7.000	9	630	3	210	4	280	84	0	0

Tablica IV.

L. dz. 332. *G. A.*, l. 23 *Hernia ing. dext. obl.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty duże %	duże liczba bezwz.	małe %	małe liczba bezwz.	przejściowe %	przejściowe liczba bezwz.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz.
Przed operacyą:										
14/V	8,600	20	1725	5	430	11	946	56	8	688
24/V. W uśpieniu chloroformowem operacya sposobem Bassiniego, uwolnienie sieci i pętli jelit ze zrostów, wycięcie sieci i zgrubiałej otrzewnej.										
Po operacyi:										
25/V	22.000	7	1840	0	0	7	1540	0	0	0
26/V	16,000	Przeważnie neutrofile.								
6/VI	8,000	25	2000	0	0	5	400	48	7	560

Typ czwarty: Stosunek odsetkowy po operacyi znacznie się obniża, ilości jednak bezwzględne pozostają niezmienione, jak to widzimy z Tabl. IV: *Hernia ing. dex.* Stosunek odsetkowy przed operacyą 36%; — ilość bezwzględna 3096. Po operacyi we 24 godzin stosunek odsetkowy 14; ilość bezwzględna 3080.

Różnorodność zmian, jakim podlegają białe ciałka jednojądrzaste, nie pozwala na razie wysnuwać żadnych wniosków o znaczeniu limfocytozy w przebiegu pooperacyjnego gojenia się ran. Niemniej jednak sądzę, że zestawienie dość obfitego i szczegółowo opracowanego materyału jest interesujące z punktu widzenia faktycznego i może mieć znaczenie w przyszłości, gdy jeszcze lepiej poznamy zachowanie się poszczególnych składników krwi pod wpływem zabiegów operacyjnych.

Nadmienić wreszcie muszę, że począwszy już od 3-go mniej więcej dnia po operacyi, t. j. w chwili ustępowania fizyologicznej leukocytozy pooperacyjnej, napotykałem tak zw. „Elementarkörperchen", jako wyraz rozpadania się ciałek białych.

Od tej chwili przez kilka dni następnych nierzadko napotykałem w protoplazmie ciałek białych twory ciemno zabarwione, podobne do ziarnistości ciałek białych, jednak za duże na nie i za ciemne. Może to są rozpadłe ciałka białe, pochłonięte przez dobrze utrzymane leukocyty?

Z chwilą powikłania przebiegu aseptycznego zakażeniem rany, lub inną jaką sprawą chorobową, występował we krwi obraz odmienny. Będę o nim mówił w następnej pracy mojej; tu nadmieniam tylko, że z wyników badań moich wyłania się przedewszytkiem fakt, że krew jest czynnikiem bardzo wrażliwym na zabiegi chirurgiczne, przedewszystkiem ciałka białe ulegają różnorodnym zmianom. O wnioskach, do jakich zmiany te nas upoważniają, będę mówił we wzmiankowanej drugiej mojej pracy, w której zajmuję się sprawą zachowania się krwi w przebiegu gojenia się ran zakażonych. Wyniki pracy mojej niniejszej dają się streścić w następujących twierdzeniach:

1. W przebiegu gojenia się ran pooperacyjnych aseptycznych w ciągu pierwszych 8 dni występują we krwi zmiany morfologiczne.

2. Zmiany te są stałe i tak typowe i charakterystyczne, że wszelkie zboczenia od tego typu są wyrazem zmian chorobowych bądź w ranie samej, bądź też poza jej granicami.

3. Zabieg operacyjny jako taki, z wyjątkiem operacyi bardzo krwawych, nie wpływa niekorzystnie na liczbę ciałek czerwonych i hemoglobiny; operacye, połączone prawie z żadną lub bardzo małą utratą krwi, wywołują w parę dni potem powiększenie liczby ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, utrzymujące się przez 2—3 doby.

4. Operacye, połączone z obfitem krwawieniem, wywołują już we 2—3 godzin po operacyi zmniejszenie się ciałek czerwonych i hemoglobiny, utrzymujące się w ciągu 2—3 dni, rzadko dłużej, poczem powrót — do normy.

5. Zabieg operacyjny wszelkiego rodzaju, chociażby najmniejszy, wywołuje zawsze leukocytozę, zwykle nieznaczną, utrzymującą się przy aseptycznych zabiegach i aseptycznem gojeniem się rany nie dłużej nad dwa, najdłużej trzy dni.

6. Najwyższa leukocytoza występuje w przypadkach przebiegających aseptycznie w 24, najdalej w 48 godzin po operacyi.

7. Leukocytoza aseptycznych ran jest:

a) u osobników w wieku młodym większą, niż u osobników starszych;

b) wzmaga się w stosunku prostym do ilości utraconej przy operacyi krwi.

8. Leukocytoza aseptycznych ran jest następstwem mechanicznego urazu tkanek.

9. Leukocytoza aseptycznych ran jest leukocytozą neutrofilną; limfocyty zachowują się w stosunku odwrotnym, niż neutrofile, a ciałka eozynochłonne prawie zupełnie znikają.

10. Chloroform zmniejsza zawartość hemoglobiny w ciałkach czerwonych krwi.

11. Chloroform nie wywołuje leukocytozy.

12. Tropakokaina zachowuje się w stosunku do ciałek czerwonych krwi obojętnie.

13. Tropakokaina wstrzyknięta do kanału lędźwiowego wywołuje leukocytozę o typie leukocytozy fizyologicznej.

14. Woda przekroplona i wyjałowiona, wstrzyknięta do kanału lędźwiowego, wywołuje hipoleukocytozę, która utrzymuje się tylko przez kilka godzin.

Piśmiennictwo. 1) Antokonenko G. L.: Sur les alterations anatom. du sang et de la moelle des os longs sous l'influence des fortes saignées. (Arch. des sciences biolog. publ. par. l'Inst. imp. de Med. exper. à St. Petersbourg II 4, pag. 517, 1893). — 2) Arneth: I. Die Neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infectionskrankheiten. Jena 1904. — 3) II. Zum Verhalten der neutrophilen Leukocyten bei Infektionskrankheiten. (Münch. med. Wochschr. 1904. Nr. 27). — 4) III. Diagonale Leukocytose (Münch. med. Wochenschrift 1904, Nr. 25.) — 5) IV. Die Leukocytose in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt und die Leukocytose der Neugeborenen (Archiv für Gynäkol. Bd. 74, Heft I, 1904). — 6) V. Die „kachektische" Leukocytose; das Verhalten der neutrophilen Leukocyten beim Carcinom. (Zeitschrift für klinis h. Med., Band 54, Heft 3—4, 1904). — 7) S. Bettmann: Die praktische Bedeutung der eosinophilen Zellen (Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. Neue Folge Nr. 226, Leipzig 1900). — 8) Bierfreund: Über den Haemoglobingehalt bei chirurgischen Erkrankungen mit besonderer Rücksicht auf den Wiederersatz von Blutverlusten (Archiv f. klin. Chirurgie, B. 41, 1891). — 9) Biernacki: Haematologische Diagnostik in der prakt. Medicin. (Sammlung klin. Vorträge, Nr. 306). — 10) Birnbaum: Beiträge zur Frage der Entstehung u. Bedeutung der Leukocytose (Arch. f. Gyn., Bd. 74, H. I, 1904). — 11) Blassberg: O zachowaniu się ciałek białych we krwi przy ropieniach w ustroju (Przegląd lekarski, 1902, Nr. 34). — 12) Brandenburg: Über Alkalescenz und Alkalispannung des Blutes in Krankheiten (Deutsch. med. Wochenschrift, 1902, Nr. 5). — 13) Carstanjen M.: Wie verhalten sich die procentischen Verhältnisse der verschiedenen Formen beim Menschen unter normalen Verhältnissen (Jahrb. f. Kinderheilk., 3 Folge II, 2, 3, 4). — 14) Cruveilhier et Paget: Lectures on surgical pathol. London 1870). — 15) Curschmann: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei Appendicitis (Münch. med. Woch.. 1901, Nr. 48 i 49). — 16) Czernecki W.: Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi (Przegl. lek., 1905, Nr. 14). — 17) Donati: Il sangue negli individui affetti da tumori maligni (Giorn. della R. accad. di med. di Torino, 1901, Nr. 6. Cytat w Centralbl. f. Chirurgie, 1901, Nr. 42). — 18) Dützmann: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei eitrigen Prozessen im Genitalapparat der Frau — ein diagn. Hilfsmittel in der Gynäkologie (Centralbl. f. Gynäk., 1902, Nr. 14). — 19) Ehrlich: Farbenanalyt. Unters. zu Histologie u. Klinik d. Blutes, Berlin 1891. — 20) Ehrlich und Lazarus: Die Anämie 1898 (Nothnagels Sammelwerk, S. 99). — 21) Erb W.: Zur Entwickelungsgeschichte der roten Blutkörperchen (Virch. Arch. Bd 34, 1865, S. 138). — 22) Feldbausch F.: Über das Vorkommen von eosinophilen Leukocyten in Tumoren (Virch. Arch. CLXII, 1 p. 1, 1900). — 23) Grawitz E.: Methodik der klin. Blutuntersuchungen. Berlin 1899) — 24) Grawitz E.: I. Klinische Pathologie des Blutes. Berlin 1896. — 25) II. Die klinische Bedeutung u. experiment, Erzeugung kövniger Degenerationen in den roten Blutkörperchen (Berl. klin. Wochenschr., 1900, Nr. 9). — 26) Grube: Zur Lehre von der Chloroform-Narkose (Arch. für klin. Chir., 56, 1898). — 27) Über den Haemoglobingehalt des Blutes bei Magenkrebs (Münch. med. Woch., 1888, Nr. 22). — 28) Hayem: Du sang. Paris 1889. — 29) Hesse: Przyczynek do nauki o ziarenkach (granula) w komórkach szpiku kostnego ew. w biał. ciał. krwi (Virchow's Arch., t. 167, r. 2. Cytat w Nowinach lek.. r. XIV, zesz. 5). — 30) v. Jaksch: Über die Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten (Zeitsch. f. klin. med., Bd. 13. 1888, s. 350). — 31) Joseph: Die Morphologie des Blutes bei acuten u. chron. Osteomyelitis (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1902, Mai). — 32) Julliard: Über den klinischen Werth der Leukocytenkurve bei einigen entzündlichen Erkrankungen (Schweizerische Monatsschrift f. Med. u. Chirurgie, Nr. IV, 1903. Nr. V, 1904). — 33) Köppe: Blutbefunde nach Aderlass nach Versuchen an Kaninchen (Münch. med. Woch., XLII, 39, 1895). — 34) Küttner: Diagnostische Untersuchungen bei chirurg. Eiterung (Centralbl. f. Chir. 1902, Nr. 26). — 35) Laubenburg: Über Wesen u. Bedeutung der veränderten Blutbeschaffenheit bei eitrigen Processen im Genitalapparat der Frau (Centr. f Gyn., 1902, Nr. 22) — 36) v. Limbeck: Grundriss einer klin. Pathologie des Blutes, 2 Aufl., 1896). — 37) Litten: Zur Pathologie des Blutes (Berl. klin. Woch., 1883). — 38) Lücke: Das Carcinom. Erlangen. 1867 (Beiträge zur Geschwulstlehre Virchow's Arch. I, 35). — 39) Mayer: Die Fehlerquellen der Hämatometeruntersuchung (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 57, S. 166). — 40) Minkowski: Über Leukämie und Leukocytose (Klin. Therap. Wochenschr., 1899, Nr. 17). — 41) Mouisset et Talot: Hématologie du cancer de l'estomac (Revue de Méd., XXII, 10, 1902). — 42) Neumann E: Über Blutregeneration u. Blutbildung (Zeitschrift für klinische Medizin, Band III, 1881, S. 411). — 43) Oppenheim: Über die prakt. Bedeutung der Blutuntersuchung mittels der Blutkörperchenzähler und Hb-Meter (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1889, Nr. 42—44). — 44) Orłowski: Zasadowość krwi w stanach fizyolog. i patolog. ustroju (Przegl. lekar., 1902. Nr. 1 i 2). — 45) Radzikowski El.: O zachowaniu się krwi w niedokrewności urazowej „Anaemia traumatica". (Pamiętnik jubileuszowy, Kraków 1900). — 46) Reinbach G.: Ueber das Verhalten der Leukocyten bei malignen Tumoren (Arch. f. klin. Chir, 46, p. 486). — 47) Rencki R.: Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej (Pamiętnik jubileuszowy, Kraków 1900) — 48) Rieder: Beiträge zur Kenntnis der Leukocytose etc. 1891. — 49) Rovighi: Der Einfluss der Körpertemperatur auf die Leukocytose (Centr., f Chir., 1894). — 50) Schnitzler: f. (Wien): Über die Verwerthung der mikroskop. Blutuntersuchung zur Diagnostik und Indikationsstellung bei intraabdominalen Eiterungen (Wien. klin. Rundschau. 1902, Nr. 10). — 51) Seydel: Über praktische Verwerthung der Leukocytose (Münch. med. Woch., 1896, Nr. 38). — 52) Sprengel: Die Bedeutung der Leukocytose für die Indikationsstellung bei acuter appendicitis (Münch med. Woch., 1904, Nr. 37). — 53) Velpeau: Union medicale, 1824, tom 3, 1827, tom 2. — 54) Wassermann: Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei einigen chirurg. Erkrankungen insbesondere bei appendicitis (Münch. med. Woch 1902, Nr. 17, n. 18). — 55) White: Observations of blood changes following celiotomy (Uniwersity med. mag., 1900, p. 260. Cytat w Centrbl. für. Chir., 1901, Nr. 8). — 56) Willebrand E. M.: Zur Kenntniss der Blutveränderungen nach Aderlässen, 1899. — 57) Vorwinckel: Über das Vorkommen von eosinophilen Zellen und Myelocyten im menschlichen Blute bei Erkrankungen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane (Monats. f. Geburts. u. Gynäk., April 1898). — 58) Traina R.: Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei den Cachexia thyreopriva. (Centralbl. f allgem. Pathol. und pathol. Anat, XII, 7, p. 289, 1901). — 59) Tuffier M.: L'hemodiagnostic de l'appendicite (La semaine medicale, 1901. Nr. 27). — 60) Zenoni: Über das Auftreten kernhaltiger rother Blutkörperchen im cirkulirenden Blute (Virch. Arch.. 139, I, 1896).

V. Oceny i sprawozdania.

Czy można opatentować sposób leczenia? według pracy dr. R. Freunda (*Münch. mediz. Wochenschrift*, 1905, Nr 25).

Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie wypadnie: „nie", jak dotąd wynikało zawsze z rozmowy, prowadzonej na ten

temat czy to z kolegami zawodowymi, czy prawnikami, to w takim razie są lekarze uprawnieni stosować każdy sposób leczenia, który na pewno przynosi ulgę, pomoc lub korzyść choremu, albo po którem się przynajmniej tego spodziewają. Tak przynajmniej bywało dotychczas. Nakłucie mógł wykonywać każdy, kto miał trójgraniec, bez względu na to, czy narzędzie to było patentowane, czy też nie. Tak samo też każdy chirurg mógł dokonywać operacyi, poleconej przez drugiego chirurga, chociażby nie posiadał narzędzi, przez autora operacyi podanych; ale wolno mu zawsze było naśladować sposób operowania wszelkiemi innemi narzędziami, które mu się wydały wystarczającemi bez względu na to, jak temi innemi narzędziami operacya dawała się wykonać. Żaden chirurg dotąd nie pomyślał o tem, żeby żądać opatentowania swojego sposobu operowania.

Zdarzało się często, że autorowie wymyślali dla dokonywania jakichś zabiegów, szczególnie fizykalnych, bardzo kosztowne narzędzia, — a jeszcze częściej, że w użyciu powszechnem zamiast tych, zwykle drogich, narzędzi bywały tanie naśladowictwa. Jedne i drugie opierały się na tej samej zasadzie leczenia, — a nie zdarzyła się dotąd jeszcze skarga sądowa o przekroczenie przywileju patentowego w takim przypadku. Tak samo nie było dotąd sporu z powodu stosowania przeróżnych elektromagnetycznych narzędzi, różniących się w swej budowie, ale jednakich w zasadzie pod względem leczenia. Przyrządy te polecają fabryki i reklamują bardzo głośno i szeroko i na pewno postarałyby się o ich opatentowanie, gdyby to było możliwe. Sprawa jednak dotychczas przedstawiała się zawsze w ten sposób: można było patentować konstrukcyę przyrządu, nigdy jednak sposobu leczenia, dokonywanego danym przyrządem.

Tymczasem od mniej więcej lat czterech przyjmuje się coraz bardziej sposób leczenia, który wedle zdania wynalazcy jest opatentowany, — może być zatem stosowany tylko przez tego, który nabył z jego przyrządem i prawo stosowania sposobu. Autor ma na myśli t. zw. kąpiel czterokomorową (*Vierzellenbad*) dr C. E. Schnee'a z Karlsbadu. Wedle dosłownego brzmienia przywileju patentowego z 19 lipca 1896 Nr. 104.273 jest istotnie opatentowanym i sposób leczenia, gdyż orzeczenie to postanawia, że pod przywilej patentu podpada „zabieg, zmierzający do leczenia ludzkiego ciała prądem stałym lub przerywanym, tem się odznaczający, że prąd dostaje się do ciała przez pojedyncze członki, które się zanurza do kilku (4) oddzielnych kąpieli, mieszczących się w nieprzewodzących zbiornikach i to tak, że prąd przebiega przez członki i tułów w dokładnie oznaczonym kierunku i opuszcza ciało przez jeden lub kilka członków ciała".

Sposób leczenia, podany przez Schnee'a, znalazł powszechne uznanie; nowym jest tylko pomysł czysto technicznej przyrody: krzesło, stanowiące jedną całość, wygodnie przenośne, bo sama myśl zanurzania kończyn ciała do naczyń, przez które płynie prąd, aby tą drogą prąd wprowadzać do ustroju, jest nie nowa: przeciwnie dawno już stosowana, zanim jeszcze Schnee wymyślił swój *Vierzellenbad*. Dr. Freund, spotkawszy się z dr. Schnee przed 2 laty, powiedział mu to, a na to dr. Schnee zastrzegł się, że autor nie ma prawa stosowania tego sposobu leczenia, bo on wyraźnie objęty jest jego patentem.

Że metoda powyższa była już dawniej w użyciu, dowodzi tego pierwszy lepszy obszerniejszy podręcznik dla elektroterapii. Stosować ten sposób leczenia może również każdy lekarz chorób nerwowych, jeśli ma jako tako wyposażone instrumentaryum, przy pomocy zwykłych 4 wanienek, nie musi więc koniecznie kupować wprawdzie bardzo praktyczne, ale za to wcale drogie i, o ile chodzi o wyniki leczenia, zupełnie obojętne krzesło dr. Schnee'a. Wobec tego należałoby załatwić zasadniczo pytanie, czy patent odnosi się także do sposobu leczenia, czy też nie. Jeżeli patent obejmuje także i sposób leczenia, to podlegać może karze każdy lekarz, który w jakikolwiek sposób przewodzi prąd przez ciało przy pomocy miejscowo stosowanych kąpieli bez względu na to, czy używa 2, 3 czy też 4 komór, gdyż stosując kąpiel czterokomorową, nie zawsze się używa wszystkich 4 komór.

Dalej budzi się następująca trudność: Lekarz, nabywający jakieś narzędzie, u którejś firmy, powinien się upewnić, że je może stosować, bo stosowanie tego narzędzia, czyli leczenie zapomocą tego narzędzia, może być opatentowane, a więc łatwo może popełnić karygodny czyn, lecząc kupionem narzędziem.

Dokąd to prowadzi, — jest jasną rzeczą: do coraz więcej szerzącego się monopolizowania pewnych metod, których prawo wykonywania nabywać będzie mógł tylko zamożny lekarz. W interesie zatem i lekarzy i społeczeństwa zastrzega się autor przeciw patentowaniu sposobów operacyjnych. Nie zna wprawdzie autor drugiego takiego patentu, jakim jest patent dr. Schnee, jednak skoro istnieje taki precedens, łatwo zdarzyć się może, że inni zechcą pójść w jego ślady. *Stahr.*

VI. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Doc. Strassburger. **Parcie krwi, napięcie naczyń i praca serca w kąpielach różnej ciepłoty.** (*Deut. Archiv f. klin. Med.*, T. 82, Zesz. 5 i 6). W naukowej hidroterapii panuje jeszcze wiele sprzecznych poglądów co do sposobu i dróg, jakiemi zabiegi wodolecznicze działają na ustrój. Można śmiało powiedzieć, że postępowaniem lekarza-praktyka kieruje i dzisiaj w wielu razach raczej własne, czy też przez innych zdobyte doświadczenie, utarte zwyczaje — wyradzające się niestety czasem w ślepy szablon, — aniżeli podstawy ściśle naukowe. Praca St. zasługuje przeto na uznanie, stanowi ona bowiem ważny przyczynek do racyonalnego, opartego na fizyologicznych danych wodolecznictwa. Z doświadczeń jego, robionych w klinice lekarskiej w Bonn, podnieść się dadzą pokrótce następujące najważniejsze ustępy: W czasie kąpieli mierzone parcie krwi i następnie przedstawione graficznie w postaci krzywej okazuje trzy okresy: początkowego wzrostu, następnego spadku i w końcu znowu wzrostu. Nie zawsze jednak wszystkie fazy wyraźnie się przedstawiają; najczęściej zauważyć można środkowy spadek; po kąpieli parcie krwi opada zawsze. Im kąpiel zimniejsza, tem parcie krwi do większej wznosi się wysokości zaraz z samego początku; im gorętsza, tem wybitniej zaznacza się końcowa faza wzmożenia na całej krzywiźnie parcia. Przy kąpielach gorących (ponad 40° C.) parcie krwi utrzymuje się stale podczas całej kąpieli ponad pierwotnym poziomem. Punkt obojętny dla parcia krwi leży mniej więcej przy 32—35°, dla tętna zaś 34—36°; niższa od powyższej ciepłota zwalnia tętno, wyższa je przyśpiesza. Praca serca wzmaga się przy kąpielach ponad 40° bardzo gwałtownie, w granicach zaś między 40—35—34° tylko nieznacznie; przy kąpielach zimnych (poniżej punktu obojętnego) praca serca z reguły się zmniejsza. Przy kąpielach CO_2 tętno zwłaszcza po kąpieli zwalnia się wybitniej, aniżeli przy zwykłych kąpielach tej samej ciepłoty. *Wilczyński.*

Prof. Fürbringer. **Rokowanie i leczenie białkomoczu.** (*Deutsche med. Wochen.*, 1905, Nr. 20). Białkomocz okresowy może być wyrazem poronnej, zlokalizowanej sprawy zapalnej, toczącej się w nerce, w największej liczbie przypadków ma on jednak za tło wady ogólne (ustrojowe) i rozwojowe, niedokrwistość lub słabo serce. O ile ta ostatnia postać nieprzekracza lat rozwoju płciowego, daje całkiem dobre rokowanie. Leczenie jest następujące: obok ciepłej odzieży i ciepłego klimatu, głównym czynnikiem leczniczym jest ruch mięśniowy na wolnem powietrzu, przyśpieszający krążenie w żyle głównej dolnej (*vena cava inferior*), wzmacniający serce i przeciwdziałający niedokrwistości. Jazda na kole, a zwłaszcza konno, ze względu na połączone z nią wstrząśnienia są przeciwwskazane. Choć zimno może wywoływać białkomocz, to jednak zimno, podniecające serce, kąpiele są wskazane w białkomoczu okresowym. Zawsze jednak powinny wywoływać dobre oddziaływanie, t. j. następowe rozgrzanie powierzchni ciała. Ciepło kąpiele źle działają na serce. Letnie natomiast dobrze działają na krążenie w nerkach i podniecają łaknienie. W dyecie należy unikać pożywek drażniących i alkoholu, ale nienależy lękać się mięsa lub jaj. O wynikach uciskania nóg elastycznemi opaskami, które mają przyspieszać krążenie w nerkach (białkomocz występuje po dłuższem staniu), autor niema osobistego doświadczenia. Miesienie, o ile się oszczędza nerki,

może być wskazano ze względu na poprawę krążenia. Z leków żelazo i przetwory skrzepiające, ale nigdy naparstnica.

Druga forma przedstawia tak zwany białkomocz fizyologiczny. Podstawą jego nadmierna przepuszczalność ścian kłębków Malpighiego, a czynnikiem wywołującym znużenie mięśniowe i nienormalne nerwowe podniecenia. Nie jest to właściwie choroba, lecz nieprawidłowość, zwykle odporna na wszelkie leczenie; najlepiej działa systematyczny ruch. Przy trzeciej formie, t. j. białkomoczu zapalnym, a zwłaszcza zwyrodnieniu nerek skrobiowatem, już sama utrata białka (do 10 grm. dziennie) jest objawem niebezpiecznym. Należy temu wyniszczaniu ustroju przeciwdziałać obfitem doprowadzaniem białka: 60—100 grm. dziennie (t. j. $2^1/_4$ l. mleka, albo 400 grm. mięsa lub 11 jaj). Tę porcyę można podnieść czasami o $^1/_3$ nawet w miąższowem zapaleniu nerek. Autor jest za dyetą mieszaną. Zakazywanie mięsa czarnego niema podstawy. Większą racyę ma zakaz wyciągów mięsnych, mięsa wędzonego (z powodu obecności kreatyny), ale to tylko w podostrem zapaleniu miąższowem; w zapaleniu śródmiąższowem nerek niema powodu pozbawiać chorego tych pokarmów. Wyłącznemu używaniu mleka przeszkadzają często występujące: niestrawność, zaburzenia jelitowe, parcie na mocz i mniejsze działanie odżywcze mleka w porównaniu z mięsem w chorobie, gdzie tak dużo zależy na odżywianiu mięśnia sercowego. Jaja tylko surowe zwiększają białkomocz, nigdy gotowane. Z roślinnych pokarmów autor zaleca rośliny strączkowe, lepsze od wszystkich sztucznych aleuronatów. Należy naturalnie unikać ze względu na grożącą mocznicę zbytniego odciągania wody. Z terapii fizykalnej wskazanym jest mierny ruch przy lżejszych postaciach śródmiąższowego zap. nerek. Innych kąpieli powinno się unikać. Inne zabiegi fizykalne mają te same wskazania, co w białkomoczu okrosowym. Środki farmaceutyczne są raczej szkodliwe — z wyjątkiem jodu i leków sercowych, które w danych przypadkach należy stosować. *Mostowski.*

Prof. Sahli. **O istocie krwawiączki.** (*Ztschft für klin. Med.*, 1905, T. 56, Zesz. 3 i 7). Ścisłe kliniczne badania czterech w ostatnim czasie spostrzeganych przez siebie przypadków krwawiączki doprowadziły Sahliego do następujących wyników i poglądów: Krew pod względem morfologicznym, prócz nieznacznego zmniejszenia liczby płytek Bizzozera i neutrofilów na korzyść limfocytów, nie ulega większym zmianom. Również i stopień oddziaływania zasadowego, punkt kryoskopowy, zawartość włóknika, zdają się nie odbiegać od normy. Krzepliwość krwi, — jeżeli się zwłaszcza uwzględni i bierze w rachubę zupełne ukończenie, a nie chwilę rozpoczynania się procesu krzepnięcia, — jest w okresie, gdy chorzy zupełnie nie krwawią, znacznie zwolnioną; objaw ten, mający prawie rozpoznawcze znaczenie, łatwiej jest stwierdzić na większej ilości krwi, pobranej do badania; dla uniknięcia jednak wszelkiej pomyłki należy zawsze w tych samych warunkach przeprowadzić kontrolę porównawczą z krwią prawidłową, a przy doświadczeniu uwzględnić i podać ciepłotę zewnętrzną i szerokość rurki włosowatej (w doświadczeniu Vierordta). W okresie, gdy chorzy broczą, krew wyciekająca z rany okazuje czasem nawet wzmożoną, przyspieszoną krzepliwość, a jeżeli mimo to wszelkie krwotoki trwają niezwykle długo i nie ulegają łatwo zatamowaniu, to przyczyna leży tutaj w nieprawidłowym stanie uszkodzonych ścian broczących naczyń, dostarczających w niedostatecznej ilości owych substancyi, jakie w prawidłowych warunkach współdziałają i przyczyniają się do wytworzenia zaczynu włóknikowego i powstawania skrzepu w naczyniach; substancyami temi są prawdopodobnie *thrombokinaza* lub substancya zymoplastyczna. Odmienny chemizm ścian naczyniowych w krwawiączce tłómaczy nam również i pojawianie się samoistnych krwotoków w tej chorobie; anormalne bowiem pod względem chemicznym naczynia są bezwątpienia i kruchsze i łatwiej przepuszczalne. Uwzględniając powyższe zapatrywanie się na istotę krwawiączki, jako choroby ogólnej ustrojowej, zwrócić się powinno leczenie w kierunku podniesienia ogólnego odżywienia; za tem też przemawia i codzienne doświadczenie, że krwawiączka znika zwykle w późniejszym wieku z chwilą skrzepienia całego ustroju. Przeciw samym krwotokom, — o ile są z zewnątrz dostępne, — zaleca S. ucisk i opatrunek żelatynowy, ewentualnie po poprzedniem miejscowem zadziałaniu adrenaliną. Wprost przeciwwskazane jest stosowanie adrenaliny podskórnie lub wewnętrznie; podawanie innych środków wewnętrznych, jak ergotyny, chlorku wapniowego, skutków nie odnosi; nieodpowiedniem jest również stosowanie miejscowe chlorku żelazowego; wątpliwą jest także rzeczą, czy stosowanie miejscowo na broczące miejsce chlorku wapniowego, substancyi zymoplastycznych, lub *thrombokinazy* okaże się praktycznem; w każdym razie powinnyby one dostać się zapomocą opatrunku uciskowego wprost do światła broczącego naczynia. *Wilczyński.*

OKULISTYKA. Dr. A. Schapringer. **O „epitarsus".** (*Centralblatt f. Augenh.*, 1905, Nr. 4). „Epitarsus", jako zmiana wrodzona, pojawia się u ludzi, jako w rozmaitym stopniu rozwinięty załamek błony śluzowej, zwieszający się z górnego sklepienia pomiędzy powieką, a gałką oczną. Niekiedy załamek ten dosięga znacznych rozmiarów, a wówczas, jak to Oeller opisuje, musi się go usunąć operacyjnie; w innych znów przypadkach jest on tylko lekko zaznaczonym, jako delikatna linia, przebiegająca przez powiekę górną od wewnątrz. Autor widział 3 przypadki powyżej wymienionego zniekształtnienia; w jednym przypadku załamek był wyraźnym, w dwóch innych widać było tylko lekką linię bliznowatą. W trzecim przypadku obok tego bliznowatego zaciągnięcia był jeszcze i ubytek w chrząstce powieki górnej, idący przez całą jej wysokość tak, iż cała powieka dawała się we dwoje zgiąć. Zniekształtnienie to tłómaczy autor w ten sposób, iż owodnia zrasta się u zarodka z powłokami tegoż w miejscu, w którem później powieka górna wytwarzać się poczyna. Ponad miejscem zrostu powstaje prawidłowa powieka, zrost zaś w większości przypadków pęka i zanika; w innych jednakże przypadkach pozostawia po sobie ślad w postaci zgrubień lub blizn na spojówce powieki górnej, lub też, jeżeli zrost ten dłuższy czas się utrzymywał, to nie dozwolił na utworzenie się w tem miejscu chrząstki w powiece górnej tak, że chrząstka powiekowa składa się w życiu pozapłodowem z połowy wewnętrznej i zewnętrznej. *Dr. Liebermann.*

Haberkamp. **Najprostsza operacya jaskry.** (*Ophtalm. Klinik.*, Nr. 9, 1905). Jedną z niezbędnie wskazanych operacyi w przebiegu jaskry jest wycięcie kawałka tęczówki (*iridectomia*); chorzy jednak z własną szkodą zbyt często sprzeciwiają się wykonaniu tego rękoczynu. W takich przypadkach, gdzie każda zwłoka pogarsza tylko cierpienie, doradza autor wykonać przebicie przodkowej komórki zapomocą galwanokaustyki. Wynik tej operacyi jest równie dobry, jak irydektomii: przodkowa komórka zostaje zmienioną, następuje wyrównanie stosunków krążenia i wydzielania i zmniejszenie ucisku śródocznego. H. stosował tę metodę leczenia w dwóch przypadkach z dobrym wynikiem. Przypadek pierwszy był jaskrą urazową u 30-letniego robotnika. H. wykonał nakłucie, uzasadniając swój sposób postępowania twierdzeniem Petersa, który jaskrę urazową uważa za zaburzenie przejściowe natury mechanicznej przy zresztą prawidłowych drogach odpływowych. Do wyleczenia wystarcza sama zmiana stosunków krążenia i treści cieczy wodnej. Drugi przypadek dotyczy jaskry przewlekłej, powstałej w następstwie surowiczego zapalenia tęczówki. Kilkakrotnie dokonane przebicie galwanokauterem przodkowej komórki pozbawiło chorego gwałtownych bólów i uchroniło od wyłuszczenia gałki ocznej. Dalsze spostrzeżenia pouczą, czy rękoczyn ów da się z dobrym skutkiem zastosować także w innych postaciach jaskry. *Dr. W. Reis.*

Patry. **O typie klinicznym, znamionującym się zapaleniem nerwu ocznego i zniekształtnieniem czaszki.** (*Annal. d'oculist.*, kwiecień, 1905). Z zaburzeń wzrokowych odróżnia autor dwa typy wziernikowe: zapalenie nerwu wzrokowego w okresie rozwoju i zanik nerwu wzrokowego po przebytem zapaleniu. Liczba chorych, dotkniętych zanikiem nerwu ocznego, jest przeważającą, a u wszystkich tarcza nerwu wzrokowego posiadała wszelkie znamiona poprzednio przebytego zapalenia. Bystrość wzroku była względnie dobrą; obustronną ślepotę znalazł P. tylko w czterech przypadkach. To względne utrzymanie dobrej bystrości wzroku stanowi znamienną cechę tej postaci zaniku nerwu ocznego. Z innych zmian towarzyszących wymienić należy wytrzeszcz gałki, bardzo często się pojawiający (27 razy na 54 przypadków). Nie jest on wywołany przedłużoną budową gałki ocznej wskutek krótkowidztwa, jak to mylnie wnioskowaćby można z częstości zezu rozbieżnego, gdyż nadmiarowość spotyka się częściej, niż niedomiarowość. Właściwą przyczynę powstawania wytrzeszczu upatrywać należy w stosunkach anatomicznych oczodołu. W stożkogłowiu bowiem nietylko głębokość oczodołu jest zmniejszona, lecz także łuki brwiowe nie są wyraźnie zaznaczone. Ruchy gałek ocznych były ograniczone w kilku przypadkach; szpara powiekowa szeroko rozwarta w 3, zwężona w 2 przypadkach; spotykano także drżenie gałek ocznych wahadłowe i kołujące z bystrością wzroku znacznie upośledzoną. Zniekształtnienie czaszkowe spostrzegał P. najczęściej jako stożkogłowie (*oxycephalia, Turmschädel*), obok tego zaś także długogłowie, głowę siodłowatą i łódkogłowie. Wszystkie czaszki wykazywały przedwczesny zrost szwu czołowego, wieńcowego i strzałkowego. Twarz chorych, oglądana z przodu, jest wydłużoną, wązką, oczy wystające, czoło ostro opada ku dołowi, części boczne czoła ściśnięte, łuki brwiowe bardzo mało zaznaczone. Na czaszce zaś, widzianej z boku, spostrzedz można, że szczyt sklepienia silnie przesunięty jest ku tyłowi. Z zaburzeń czynnościowych zwracały uwagę bóle głowy i drgawki. Inteligencya często była prawidłową. Badanie rozwoju opisanego typu klinicznego, oraz początków zniekształtnienia czaszkowego, napotyka na trudności, szczególnie z powodu braku pewnych danych wywiadowczych. Pojawienie się zapalenia nerwu ocznego łatwiej już daje

się stwierdzić, gdyż powoduje ono od samego początku ciężkie zaburzenia czynnościowe, niemogące ujść uwagi rodziców, nawet nie obdarzonych zmysłem spostrzegawczym. Rokowanie w tych zapaleniach nerwu ocznego jest niepomyślne. Utrata wzroku rozpoczyna się zwykle jeszcze przed 5 r. życia. W sprawie etyologii wywiady nie dają żadnych wyjaśnień; statystycznie stwierdzić tylko można, że płeć męzka jest dla przedwczesnego kościozrostu bardziej usposobiona od płci żeńskiej. Dziedziczność jednak zniekształtnienia czaszkowego nie jest częstą. Wywody oględzin anatomicznopatologicznych również nie są liczne. W 4 sekcyach znaleziono zanik nerwu ocznego i niedorozwój płatów czołowych; w kilku innych przypadkach stwierdzono zapalenie opon mózgowych. Dla wytłómaczenia patogenezy tego typu klinicznego służą cztery hipotezy: 1) Virchow, następnie Hirschberg, przypuszczają, że zapalenie opon mózgowych spowodowało równocześnie zapalenie i zanik nerwu ocznego, oraz przedwczesny kościozrost czaszki. 2) Ponfick przypisuje zwężeniu przewodu kostnego powstanie zapalenia nerwu ocznego. 3) Manz przypuszcza, że zapalenie opon mózgowych spowodowało zapalenie kości z następowym kościozrostem i zniekształtnieniem czaszki, oraz zapaleniem nerwu wskutek zwężenia kanału kostnego. 4) Wreszcie Friedenwald upatruje przyczynę zaburzeń nerwu ocznego w podwyższonym ucisku śródczaszkowym, wywołanym przedwczesnym kościozrostem. Żadna jednak z tych hipotez nie tłómaczy nam właściwej przyczyny powstawania tych zmian chorobowych; P. skłania się jeszcze najbardziej ku hipotezie Virchowa i Hirschberga. Rozbioru owego typu klinicznego dokonał autor na podstawie 47 spostrzeżeń, z których 12 było dotychczas nieogłoszonych, a 10 osobiście przez P. badanych. Praca zaopatrzona jest w kilka tablic z licznemi fotografiami zniekształconych czaszek. *Dr. W. Reis.*

Rumszewicz. **O guzach gruźliczych naczyniówki.** (*Postęp okulist.*, marzec, 1905). Autor uwzględnia w swej pracy tylko te postacie gruźlicy naczyniówki, w których sprawa powstawała wyłącznie jako guz. Po omówieniu 24 przypadków dotychczas ogłoszonych, przytacza R. własne spostrzeżenie kliniczne u 10-letniej dziewczynki i badanie anatomiczno-patologiczne wyłuszczonej lewej gałki ocznej. Guz znajdował się w okolicy tylnego bieguna gałki. Średnica podstawy guza wynosiła 8 mm. Część guza najbardziej obwodową pokrywała na krótkiej przestrzeni naczyniówka, lecz już bardzo prędko znikały stopniowo najpierw nabłonek barwikowy, później błona sprężysta. Istotę guza stanowiła tkanka łączna, obfitująca w komórki. Obok komórek limfoidalnych i nabłonkowych znajdowały się zawsze komórki olbrzymie. Zupełnie taką samą budowę miała tylna część siatkówki. Tkankę gruźliczą można było także spostrzedz w tarczy nerwu wzrokowego, bezpośrednio obok błony sitowatej i w wewnętrznych warstwach twardówki. Ognisko gruźlicze powstało więc pierwotnie w naczyniówce, następnie sprawa przeszła ku przodowi na siatkówkę i ciało szkliste, ku tyłowi na twardówkę i nerw wzrokowy. Samotne ogniska w naczyniówce i wyrostkach rzęskowych należy zaliczyć do późniejszych wytworów. R. zestawia następnie statystykę wszystkich przypadków, rozpatruje powikłania, jakim uległy inne błony wewnętrzne oka, przy równocześnie istniejącym odgraniczonym guzie w naczyniówce i przekonuje się, że w przypadkach guzów gruźliczych naczyniówki daleko częściej bywają wciągane do sprawy chorobowej części przylegające, niż w przypadkach właściwych nowotworów tej błony. Po zestawieniu objawów klinicznych, spostrzeganych w podanych dotąd przypadkach, poleca R. wyłuszczenie gałki, jako jedyny i konieczny środek w leczeniu guzów gruźliczych naczyniówki. *Dr. W. Reis.*

Wicherkiewicz. **Wpływ wrażeń psychicznych na powstawanie napadu jaskry.** (*Postęp okul.*, marzec, 1905). Wiadomem jest, że psychiczne wrażenie, powodując nagłe rozszerzenie źrenicy, zaciska drogi odpływowe gałki tak samo, jak to czynią środki rozszerzające źrenicę i pośrednio może dać powód do napadu jaskry w odpowiednich oczach. Autor przytacza przypadek przez siebie spostrzegany u 40-letniej chorej, która miała poddać się operacyi zaćmy prawie dojrzałej na oku prawem. Sama myśl o zabiegu chirurgicznym nabawiła chorą takiego strachu, że w nocy dostała ostrego napadu jaskry na oku prawem, wskutek zaćmy i poprzednich zmian chorobowych do tego usposobionem. Przypadki podobne, jak powyższy, stanowią według W. wskazówkę, jak ostrożnie obchodzić się należy z osobami nerwowemi, lękającemi się operacyi i jak nadzwyczaj oględnie trzeba chorych takich przygotować na operacyę konieczną. *Dr. W. Reis.*

PEDYATRYA. Doc. Jochmann. **Badania bakteryologiczne w płonicy i ich znaczenie dla procesu chorobowego.** (*Ztschft. f. klin. Med.*, 1905, T. 56, Z. 3 i 4). Praca ta jest obszernym poglądem na dotychczasowe badania bakteryologiczne w płonicy. Na podstawie ogromnego materyału, w części własnego, a przeważnie zebranego z piśmiennictwa, rozpatruje krytycznie J. wyniki badań bakteryologicznych poszczególnych narządów w płonicy; przechodzi więc po kolei jamę gardła, nos, uszy, przewód pokarmowy, krew, naczynia i gruczoły chłonne, nerki, skórę i t. d., opisując szczegółowo, jakie w nich znajdowano drobnoustroje w przebiegu płonicy. Do najczęstszych i wywołujących najzgubniejsze działanie należą paciorkowce, pod względem morfologicznym i biologicznym niczem nie dające się odróżnić od zwykłego paciorkowca ropnego. Czy znajdowanym paciorkowcom należy przypisać rolę pierwszorzędną, przyczynową, jak chcą Bagiński, Moser, Menzer i inni, czy też tylko drugorzędną, następową, jaką im nadają Marmorek, Heubner? — pozostaje rzeczą nierozstrzygniętą. Zwolennicy pierwszego zapatrywania opierają się i wychodzą z mylnego przedewszystkiem założenia, że paciorkowce znajdują się stale i zawsze w narządach wewnętrznych i we krwi osób zmarłych na płonicę. Fakt ten bowiem nie znajduje wcale potwierdzenia; prawie w 1/4 wszystkich przypadków nie znachodzi się w ustroju chorego za życia i po śmierci nigdzie paciorkowców, a zwłaszcza w przypadkach tak zw. *scarlatina fulminans* krew i narządy wewnętrzne są zupełnie jałowe. Przypuszczenie, że paciorkowce, spotykane w płonicy, różnią się od innych paciorkowców i że są dla płonicy swoiste, upada wobec tego, że kliniczne objawy, jakie one w płonicy wywołują, są zupełnie te same, jak przy innych sprawach gnilnych, a paciorkowce płonicze, przeszczepione na człowieka zdrowego, wywołują tylko zwykłe miejscowe sprawy ropne, jak ropówki i t. d. W ostatnich latach wielu badaczy zaczęło posługiwać się zjawiskiem aglutynacyi, aby módz się w ten sposób przekonać, czy istnieje jakikolwiek biologiczny związek pomiędzy surowicą chorego człowieka, a znajdowanymi w płonicy paciorkowcami; badania te przemawiają przeciwko swoistości paciorkowców płoniczych.

Płonica, — jak codziennie doświadczenie uczy, — pozostawia po sobie zwykle na długie lata nabytą odporność, podczas gdy jednorazowe jakiekolwiek zakażenie paciorkowcami usposabia zazwyczaj jeszcze do dalszych zakażeń. Na podstawie wszystkich powyższych danych dochodzi J., — wbrew niedawno ogłoszonej teoryi Menzera, — do przekonania, że spotykane w płonicy paciorkowce wywołują wprawdzie najczęstsze i najniebezpieczniejsze zakażenia wtórne, nie są jednakże właściwym swoistym pierwiastkiem etyologicznym. *Wilczyński.*

Ibrahim. **O ochronnych szczepieniach surowicą przeciwbłoniczą.** (*Deuts. med. Woch.*, 1905, 11). W klinice Vierordta w Heidelbergu stosuje się od szeregu lat z zasady surowicę przeciwbłoniczą ochronnie: 1) u rodzeństwa dzieci, chorych na błonicę; 2) u wszystkich dzieci, przyjmowanych do tej sali szpitala, na której zdarzyły się przypadkowo przypadki zakażenia błoniczego; 3) na salach, zajętych przez chorych na płonicę i odrę, jeżeli pojawiło się u któregoś z chorych powikłanie tych chorób prawdziwą błonicą; 4) u dzieci, u których rozpoznanie błonicy było wątpliwe, lub które przypadkiem dostały się na salę chorych błoniczych. Ze szczepionych ochronnie dzieci jedno tylko mimo szczepienia dostało (w toku płonicy) prawdziwej błonicy. I. sądzi, że należy wstrzykiwać surowicę zapobiegawczo zawsze rodzeństwu chorych, zwłaszcza w rodzinach niezamożnych, gdzie niepodobna myśleć o odłączeniu zdrowych od chorych, oraz w pensyonatach, ochronkach i t. d., przynajmniej dzieciom młodszym (niżej lat 12), jeżeli zdarzy się choć jeden przypadek błonicy. Dawka ochronna wynosi najmniej 250—300 jedn. uodp., u chorych na płonicę, odrę i krztusiec najmniej 500 jedn., nawet u osesków. Ponieważ działanie ochronne trwa krótko, przeto na oddziałach zakaźnych, gdzie obok chorych na błonicę są inne chore dzieci, należy wstrzykiwania ochronne powtarzać co 2—3 tygodni. *M.*

Hamburger. **Atypowy przebieg odry.** (*Deutsche med Wochs.*, 1905, Nr. 21). Przypadek dotyczy dziewczynki 4-letniej która świeżo przebyła ospę wietrzną i u której odra rozpoczęła się wynaczynionkami na skórze i plamami Koplika; 5-go dnia potem pojawiła się wysypka pokrzywkowa, a dopiero 7-go odrowa. *Lewkowicz.*

Haike. **Gruźlica śródusza u osesków.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 24). Autor spostrzegał pięć przypadków. W przeciwieństwie do stosunków u dorosłych ucho zajęte tu jest często pierwotnie. Zakażenie następuje przez matkę gruźliczą, a zarazki wnikają przez trąbkę Eustachego. Zniszczenie kości postępuje bardzo szybko i rokowanie jest niekorzystne. Rozpoznawczo ważnym jest obrzęk gruczołów na wyrostku sutkowym i przy jego wierzchołku. *Lewkowicz.*

Ibrahim. **Przyczynek do patogenezy choroby Hirschsprunga.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 23). Przypadek dotyczy 8-tygodniowego dziecka. Kiszka esowata była znacznie rozdęta i wydłużona. Przez wprowadzenie cewnika do obu ramion pętli udawało się zawsze opróżnić ją z gazów, poczem brzuch zapadał się.

Cewnik musiał jednak minąć załamania pętli, które działały, jak klapy. Autor sądzi, że przypadek jego potwierdza pogląd Marfana i Nettera na powstawanie choroby Hirschsprunga. Nadmierna długość kiszki, do pewnego stopnia fizyologiczna u dzieci, jest powodem załamań i utrudnienia krążenia treści, a rozszerzenie i przerost kiszki grubej rozwijają się wtórorzędnie. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Müller. **O rozmieszczeniu krwi w ustroju ludzkim pod wpływem bodźców termicznych.** (*Deut. Archiv f. klin. Med.*, 1905. T. 82. Z. 5 i 6). Że pod wpływem nieobojętnych zimnych, czy gorących zabiegów wodoleczniczych następują w ustroju odpowiednie zmiany rozmieszczenia krwi w pojedynczych narządach, o tem z doświadczenia wiemy już od dawna, stosując w praktyce n. p. jedne zabiegi celem zmniejszenia dopływu krwi, inne właśnie celem wywołania przekrwienia w danem miejscu. Że niejednokrotnie występuje działanie na odległość, że nerwy naczynioruchowe odgrywają tu potężną rolę, że istnieje wzajemny antagonizm między naczyniami, zaopatrującemi narządy wewnętrzne, a naczyniami powłok zewnętrznych (tak zw. prawo Dastre-Morata), poucza nas o tem w ogólnych zarysach racyonalna hidroterapia, opierająca się na fizyologicznych podstawach. Aby jednak bliżej i dokładniej wniknąć w samą sprawę i zapoznać się ze wszystkimi wchodzącymi w grę czynnikami, rozpoczął M. przy pomocy pletysmografu cały szereg doświadczeń na ludziach zdrowych. Między innymi postępował w ten sposób, że zasadziwszy na 3 lub wszystkie 4 kończyny pletysmograf, poddawał pojedyncze miejsca ustroju n. p. twarz, kark, piersi, brzuch lub wolną kończynę działania rozmaitych bodźców termicznych. Przekonał się przytem, że postawioną przez Brown-Sequarda i Mossoa zasadę współczulnego odczynu (*consensuelle Reaktion*) naczyń należy jeszcze rozszerzyć; przy zadziałaniu bowiem zimna gdziekolwiek w dowolnem miejscu następuje skurcz wszystkich bez wyjątku naczyń skóry na całej powierzchni ciała, a prócz tego naczyń głębszych, zaopatrujących wszystkie kończyny (objętość kończyn w pletysmografie zmniejsza się o kilka i kilkadziesiąt cm.[3]). Przy działaniu gorąca rzecz się ma odwrotnie: W pierwszym i drugim przypadku stopień odczynu zależy w prostym stosunku do ciepłoty działającej wody. W innym szeregu doświadczeń wprowadzał autor pewną ilość wody zimnej lub gorącej *per os* lub *per clysma*, mierząc równocześnie zachowanie się pletysmografu na kończynach; badania te potwierdziły w całej rozciągłości znany już fakt, że istnieje pomiędzy naczyniami jamy brzusznej, a kończyn, pewien zastępczy stosunek tak, iż krew z jamy brzusznej może być przemieszczaną do kończyn, a odwrotnie przekrwienie jamy brzusznej wyrównywa się zmniejszeniem zawartości krwi w kończynach. Nową zupełnie a prostą metodę ważenia wprowadził autor do swych badań nad rozmieszczeniem krwi; układał on mianowicie osobę, do doświadczeń służącą, na szeregu obok siebie ustawionych wag tak, że głowa, klatka piersiowa, brzuch, pojedyncze kończyny spoczywały na osobnych, przeznaczonych dla siebie wagach; po zadziałaniu sprayem eterowym lub gorącem powietrzem badał o ile zmienia się waga pojedynczych części ciała. Badania te, podobnie jak i przedsięwzięte w jednym przypadku wziernikowanie dna oczu przed i po kąpieli, potwierdziły w zupełności fakt istnienia ścisłej wzajemnej zależności pomiędzy naczyniami obwodowemi (skóry i mięśni), a naczyniami jamy brzusznej i mózgu. *Wilczyński.*

Strażesko. **Przyczynek do fizyologii jelit.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 49). Strażesko badał w pracowni prof. Pawłowa własności wydzieliny jelita ślepego, warunki jej powstania, wreszcie zmiany miazgi pokarmowej, zachodzące podczas jej przebywania w tem jelicie. Doświadczenia były przeprowadzone na psach z przetoką jelita ślepego i na psach z przetokami w dolnym odcinku jelita cienkiego i w początkowym odcinku kiszki grubej. Na podstawie tych doświadczeń doszedł S. do wyników następujących: 1) wydzielina soku jelita ślepego ulega ogólnym prawom wydzieliny soku jelitowego; wydzielina powstaje tylko pod wpływem miejscowego podrażnienia i trwa tak długo, jak długo trwa drażnienie; 2) spożycie pokarmu, rodzaj i ilość jego, nie wywierają prawie wpływu na wydzielinę soku jelita ślepego; 3) sok jelita ślepego wydziela się w ilości 6—7 razy mniejszej, niż jelita cienkiego; 4) sok jelita ślepego rozkłada albumozy i peptony na przetwory krystaliczne, scukrza skrobię, inwertuje cukier trzcinowy i rozkłada maltozę, a więc zawiera z zaczynów erepsynę, amilazę, inwertynę i maltazę; na włóknik, skrzepłe białko, tłuszcze i laktozę nie działa. Kinazy, pod wpływem której protrypsyna przechodzi w trypsynę, sok jelita ślepego również nie zawiera. Sok jelita ślepego wreszcie podnosi działanie amilazy i lipazy soku trzustkowego; właściwość ta nie zależy od zaczynów, ponieważ gotowanie soku jej nie niszczy; 5) czas pojawienia się miazgi pokarmowej u zastawki Bauhiniego zależy od rodzaju pokarmu; tem się warunkuje również ilość treści i typ wydzielania miazgi u zastawki: po spożyciu 200,0 mięsa miazga pokarmowa pojawia się u zastawki Bauhiniego po upływie 1 g. 14', wydziela się wciąż dość równomiernie w ciągu 3—4 godzin, następnie zaś ilość miazgi podnosi się znacznie i w końcu 10—11 godzin po jedzeniu przedostawanie się treści zupełnie ustaje; ogólna ilość treści, pochodzącej z 200,0 spożytego mięsa, która dochodzi do końca jelita cienkiego, wynosi przeciętnie 92,4. Po spożyciu 200,0 białego chleba miazga pokarmowa pojawia się u zastawki Bauhiniego zaledwie po upływie 2 godz. 21' i wydziela się w pierwszych godzinach bardzo skąpo, a dopiero po 7—9 godzinach wydzielanie się jej natyle się wzmaga, że przewyższa 3—4-krotnie ilość z okresu poprzedniego; ogólna ilość treści wynosi tylko 70,0. Po spożyciu wreszcie pokarmu, zawierającego wiele tłuszczu, 100,0 masła śmietankowego i 100,0 mięsa, — już w końcu 1-ej godziny z przetoki, założonej przy zastawce Bauhiniego, pojawia się zawiesina oleista o cechującym zapachu kwasów tłuszczowych, która szybko stygnie na powietrzu, tworząc zbitą masę; w tym czasie miazgi mięsnej zupełnie jeszcze niema; zawiesina wydziela się w ciągu 2—3 godzin; w niej pojawiają się już części, wskazujące na pokarm mięsny; wreszcie począwszy od 4-tej godziny wydziela się wyłącznie miazga pokarmowa bez przerwy aż do 11—12 godz.; ogólna ilość treści, dochodzącej do zastawki, wynosi 88,0; 6) przechodzenie miazgi do kiszki grubej ulega takiemu samemu typowi z tą różnicą, że wydzielanie się jej opóźnia o $1\frac{1}{2}$—2 godzin i odpowiednio do tego *maximum* wydzielania i koniec występują również o $1\frac{1}{2}$—2 godz. później; 7) ilość treści przedostającej się do kiszki grubej, wynosi prawie $\frac{1}{2}$ ilości znajdującej się w końcowym odcinku jelita cienkiego; 8) treść w końcowej części jelita cienkiego jest płynno papkowata, w początku zaś kiszki grubej gęsto papkowata; 9) do zastawki Bauhiniego po spożyciu pokarmu mięsnego dochodzi przeciętnie 9,6% spożytych białkanów, a do kiszki grubej 7%; z węglowodanów po pokarmie z chleba dochodzi do zastawki 2,2%, do kiszki zaś grubej 1,8%; z tłuszczów dochodzi do zastawki 5%, do kiszki grubej 3,3%; 10) sucha pozostałość treści jelita cienkiego wynosi 6—11%; kiszki grubej — o 2—3% więcej; 11) zastawka Bauhiniego w zwykłych warunkach doświadczenia oddziela światło kiszek grubych od jelit cienkich i nie przepuszcza z kiszki grubej ani kropli płynu; 12) zastawka Bauhiniego zachowuje się niejednakowo podczas przedostawania się różnych substancyi z jelita cienkiego do kiszki grubej, zależnie od właściwości i od stanu błony śluzowej jelita; stąd wynika, że bierze ona czynny udział w przechodzeniu treści z jelit cienkich do kiszek grubych; 13) czucie błony śluzowej jelita cienkiego i kiszki grubej jest niejednakowe: błona śluzowa dolnego odcinka jelita cienkiego zachowuje się obojętnie tylko względem wody, fizyologicznego roztworu soli kuchennej, kleiku skrobiowego i soku trzustkowego; 0,1—0,3% roztwór dwuwęglanu sodowego, 0,05—0,3% kwasu solnego, surowe białko jaja kurzego, 2% roztwór cukru gronowego i mlecznego, 10% wyciąg Liebiga i oliwa działają drażniąco; przeciwnie, kiszka gruba nie oddziaływa wcale na wszystkie te przetwory już w odcinku początkowym. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Protargol, jako wypróbowany i niezawodny środek w leczeniu rzeżączkowego zapalenia spojówek u noworodków, bierze w obronę Pfalz (*Zeitschrift f. Augenh.*, 1905, T. XIII, Z. 3) wobec lekceważącej wzmianki, jako się lekowi temu dostała w ostatniem wydaniu dzieła Graefego-Saemischa. Protargol w. roztworze 5—10 prc. działa bardzo korzystnie pod warunkiem, że jest przygotowany na zimno (*solutio frigide parata*) i świeżo przyrządzony. Musi on być stosowany kilka razy dziennie i wchodzić w zetknięcie z całą powierzchnią chorej spojówki. Do wypłókiwania wydzieliny ropnej poleca Pfalz roztwór *kalii hypermang.* (1:1500). Zapuszczanie protargolu można powierzyć rodzicom dziecka, którzy nie potrzebują wobec tego codziennie przynosić je do lekarza i w tem leży wyższość protargolu nad azotanem srebra, który może być skutecznym tylko w ręku wprawnego specyalisty. Nie należy jednak zapominać, że protargol nie jest środkiem ściągającym, a tylko bakteryobójczym (zwłaszcza wobec gonokoków); gdy więc ropotok spojówki przejdzie w okres nieżytowy, wtedy należy się zwrócić do lapisu, a wreszcie do siarkanu cynkowego. *K. W. M.*

Omawiając **leczenie dny** stwierdza Minkowski (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, 11), że dotąd nie udowodniono, by zapomocą leków można zmniejszyć wytwarzanie się kwasu moczowego w ustroju. Zwiększyć jego wydzielanie można tylko zapomocą działania moczopędnego, n. p. zapomocą wód mineralnych. O lekach, zwiększają-

cych to wydzielanie (przetwory salicylowe) nie wiadomo na pewno, czy one rzeczywiście przyspieszają wydzielenie już wytworzonego kwasu moczowego, czy tylko wzmagają jego wytwarzanie się. Z formaldehydem tworzy kwas moczowy w ustroju łatwo rozpuszczalne związki i tem tłómaczy się pożytek leków, rozszczepiających się w ustroju i oddających swój formaldehyd, jak heksametylentetramina i cytaryna. Cytaryna jest związkiem kwasu cytrynowego z formaldehydem. Rzeczywistą jej skuteczność w napadach dny stwierdzają w ostatnich czasach Rahn (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1905, 10) w 2, Neumann (*Münch. med. Wochenschr.* 1905, 13) w 24 i Baaz (*Zeitschrift f. ärztl. Fortbild.* 1905, 4) w kilku przypadkach dny. Średnią dawką cytaryny jest 2 gramy 3—4 razy dnia w czasie napadów. *B.*

Maretynę (m-tolylhydrazid kwasu karbaminowego) badał co do jej działania i skutków ubocznych Henrich (*Therap. Monats.* 1905, 3) na 13 chorych oddziału Reichmanna w Berlinie. U suchotników usuwa maretyna łatwo gorączki średniej wysokości już w dawce 0,25—2 razy dnia; po pewnym jednak czasie ustrój przyzwyczaja się do leku, tak, że dawkę trzeba nieraz zwiększyć do 0,5—2 razy dnia. Niemiłem jest uboczne działanie napotne maretyny; słabnie ono jednakże w miarę przyzwyczajania się do leku, poty te można zresztą zwalczać środkami przeciwpotnymi. W kilku przypadkach innych gorączek (zapalenie płuc, wsierdzia, róża), maretyna nie działała przeciwgorączkowo. Skuteczność maretyny w gorączkach u suchotników stwierdzają również Renon i Verliac (*Journ. des prat.* 1905, 5 i 9), podając, że ustrój przywyka do tego leku już po dniach 14; działania napotnego nie spostrzegali, natomiast 4 razy biegunkę (2 razy napewno wskutek maretyny). Lek ten stosował także Sobernheim (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 15) w 7 przypadkach ostrego gośćcowego zapalenia wielu stawów. Dawki 0,25 do 0,5 1—2 razy dnia obniżały ciepłotę, łagodziły lub usuwały ból i zmniejszały obrzęk. W wiewiórowem zapaleniu stawów obniżała wprawdzie maretyna ciepłotę, lecz tylko dopóty, dopóki ją podawano, a na przebieg sprawy samej nie miała żadnego wpływu. Równie dobry wpływ nietylko na gorączkę, ale i na samą sprawę chorobową, stwierdził w 2 przypadkach ostrego gośćca stawowego Ulrich (*Heilkunde* 1905, 5). *B.*

Aristochinę podawał Koeppe (*Deuts. Aerzte-Ztg.* 1905, 9) w 30 przypadkach krztuśca u dzieci, liczących od 4 tygodni do 8 lat życia. Poniżej pierwszego roku życia podawał K. po 0,25 do 4 razy dnia, powyżej po 0,5 również do 4 razy dziennie. Dzieci brały lek chętnie, nawet bez dodatków (jak cukru i t. d.); jeżeli przypadkiem pierwsza dawka została zwymiotowaną, to K. podawał natychmiast drugą, która zawsze już zostawała w żołądku. Według K. zmniejsza aristochina rychło i wybitnie siłę i częstość napadów i skraca przebieg choroby. *B.*

W niedrożności jelit, zapaleniu wyrostka robaczkowego, kolce żółciowej podawał Hagen (*Heilkunde* 1905, Zeszyt 1), będący stanowczym przeciwnikiem jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych, zamiast dotąd polecanej atropiny — eumidrynę, 1 miligram na dawkę wewnętrznie lub podskórnie. Skutek pomyślny następował po 3 (podskórnie) do 5 (wewnętrznie) miligramach. (Dziesięć przypadków, szczegółowo opisanych przez autora, wzbudzałoby niewątpliwie większe zaufanie, gdyby autor wobec leczenia chirurgicznego zajął był mniej wojownicze stanowisko). *B.*

Z wyciągów mięsnych, bez których w praktyce trudno się obejść u chorych wycieńczonych, u ozdrowieńców i t. p., ma według Marcusego (*Heilkunde* 1905, 2) najlepszy skład co do substancyi białkowych i soli sok mięsny „Puro". M. podawał „Puro" chętnie w postaci lodów według następującego przepisu: $^1/_2$ funta cukru rozpuszcza się w $^1/_4$ litrze wody i zalewa tem drobno pokrajaną skórkę cytrynową, po godzinie cedzi się przez sito, oziębia do 10° C. dolaniem wody, dodaje się 125·0 soku mięsnego i zamraża. W tej postaci podawać można ten przetwór nawet w wymiotach ciężarnych. *P.*

Działanie triferryny badał doświadczalnie (na kurach i królikach) i klinicznie Matzner (*Heilkunde* 1905, 4) i doszedł do następujących ogólnych wniosków: 1) Triferyna jest żelazem, organicznie związanem z kwasem paranukleinowym. 2) Lek ten zostaje z łatwością w ustroju wessany, czego dowodzi *a)* mikrochemiczne stwierdzenie żelaza w narządach resorbujących, *b)* gromadzenie się żelaza w wątrobie i śledzionie, *c)* wzrost organicznie związanego żelaza w moczu, *d)* gromadzenie się zapasu żelaza w żółtku jaj (u kur). 3) Triferryna działa pobudzająco na narządy krwiotwórczego dowodzi *a)* pomnożenie się liczby normoblastów w śledzionie, *b)* przybytek krwinek eozonychłonnych we krwi. 4) W błednicy i w niedokrwistościach działa triferryna leczniczo, jak tego według M. dowodzi przyrost hemoglobiny i krwinek czerwonych. Wyniki swoich badań w tym kierunku zestawia M. w tablicach, obejmujących 36 spostrzeżeń (21 błednicy, 15 niedokrwistości, z tych 6 pierwotnych, reszta następowe po krwotokach i t. d.). 5) Wskutek zawartych w niej żelaza i fosforu działa triferryna korzystnie także w neurastenii, co objawia się między innemi obniżeniem parcia krwi, przedtem chorobowo zwiększonego *Kn.*

Somatozą, jak stwierdza Oefele (*Wiener klin. Wochenschrift* 1905, 2) zgodnie z dawniejszymi badaczami, nie można zastąpić rodzimego białka pokarmów w całości. Lek ten działa tylko wtedy korzystnie, jeżeli użyć go jako dodatku do rodzimego białka pokarmów i to w ilości nie większej od tej ilości białka rodzimego, jakąby zdrowy przewód pokarmowy sam przekształcił w albumozy. W ostatnich czasach zaczęto stosować somatozę żelazistą (zawierającą 2% organicznie związanego Fe) w rozmaitych postaciach niedokrwistości i nuklein-somatozę (10% kwasu nukleinowego) w neurastenii. Guttmann (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1905, 13) opisując 8 przypadków, leczonych tymi przetworami, podaje, że skutki były dobre. *R.*

Usypianie **eterem** stosuje od lat pięciu wyłącznie Teuner (*Wiener klin. Wochs.* 1905, 7), używając bezwodnego, obojętnie oddziaływającego, chemicznie czystego przetworu Mercka. Przed usypianiem wstrzykiwał T. dawniej u alkoholików 1 centigr. morfiny; obecnie podaje 3—8 mlgr. *heroin. hydrochl.* wownętrznie. *M.*

Kreozotal ma niemiły smak olcisty, nie dający się zatrzeć żadnym z używanych powszechnie sposobów (zawiesina, pigułki, kapsułki i t. p.). Dlatego Lôle (*Medico* 1905, 19) zaleca dodawać ogrzanego kreozotalu kroplami do ulepków, na których powierzchni kreozotal wtedy pływa i z którymi można go wtedy zażyć, nie odczuwając wcale jego smaku. Użyć do tego można zwykłego syrupu lub n. p. (dla 9-letniego dziecka) *Inf. Rad. Ipec.* 0.5: 95·0, *Liq. ammon anis.* 5·0, *Syr. Altheae* ad 200·0 MDS. Co 2 godziny łyżeczkę, na którą nakrapla się 15 kropli kreozotalu. Lôle używał kreozotalu w gruźlicy, w zapaleniu płuc (wielkie dawki) i t. p., jak utrzymuje, ze skutkiem. *H.*

W zapaleniach przewlekłych **jamy szczękowej** (Highmora) usuwa Claus (*Arch. f. Laryng.* XVI, 1) operacyjnie przednią jej ścianę i błonę śluzową, tamponując jamę potem stożkowatymi tamponami, napojonymi protargolem; przy tem postępowaniu jama zmniejszając się, zachowuje postać lejka i dostępną jest wszędzie dla wzroku, a w końcu niemal zupełnie zarasta. *R.*

W gośćcowych bolach mięśni stosował Haagner (*Wiener med. Presse* 1905, 15) z wybornym, jak podaje, skutkiem, mesotan, unikając przez to tych niemiłych objawów, jakie wywołują przetwory salicylu, używane wewnętrznie. Drażniącemu działaniu mesotanu można zapobiedz, odpowiednio go stosując (pędzlowania, a nie wcierania). *B.*

Eumydrinę stosował Haas (*Ther. der Gegenwart,* 1905, marzec) w chorobach żołądka i jelit w tych wszystkich przypadkach, w których wskazaną jest atropina. Działanie eumydriny (na dawkę 0,001—0,004, 3—4 razy dnia w proszkach, pigułkach, roztworze lub czopkach) równa się działaniu atropiny, bez jej skutków ubocznych. H. używał eumydriny w wydzielniczych i czuciowych nerwicach żołądka, w kurczach jelit, w zapaleniu wyrostka robaczkowego i t. d. Fejér zaś (*Heilkunde,* 1905, 3) zaleca eumydrinę do rozszerzenia źrenicy w celach rozpoznawczych i leczniczych w roztworze 1—5% zamiast homatropiny. *B.*

Bromalina jest związkiem heksametylentetraminy (forminy) z bromkiem etylu ($[CH_2]_6N_4C_2H_5Br$), wytworzonym przez Mercka przed 10 jeszcze laty, ale dopiero obecnie częściej, jako lek przeciwpadaczkowy, przepisywanym. Lek ten ma postać białych łuseczek lub krystalicznego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie; jest prawie bez smaku. Można go z korzyścią użyć u chorych, nieznoszących innych przetworów bromu. Niemiłych skutków ubocznych po bromalinie nie zauważono. Dawka: 2—4 gramy 1—4 razy dnia. *M.*

Zapalenie płuc włóknikowe próbował leczyć Knauth (*Deuts. med. Wochs.,* 1905, 12) w 7 ciężkich przypadkach Roemerowską **surowicą,** zachęcony do tego znakomitem działaniem jej w zakażeniach dwoinkami Fränklowskiemi rogówki, spostrzeganem w klinice ocznej w Würzburgu. K. oświadcza, że zdaniem jego stosowanie tej surowicy w zapaleniu płuc jest zupełnie nieszkodliwe, a wpływa korzystnie na tętno, oddychanie, a przedewszystkiem na stan ogólny; plwocina rychło przestaje być krwawą. Czy wcześnie wstrzyknięta surowica może przeciąć sprawę chorobową, K. nie rozstrzyga. *M.*

VIII. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

Mniej więcej o tym samym czasie, kiedy Pieczychowskiego obdarzono kanonią krakowską, — bo w niespełna siedem tylko miesięcy później (3-go grudnia r. 1509), — powołała kapituła do swego grona jeszcze innego lekarza, a mianowicie Macieja z Miechowa (Mathias de Mycchow, Mijechow, Miechow), znanego powszechnie pod nazwą Miechowity (Mijechouita, Miechovita). Nie będziemy tutaj roztrząsali życia Miechowity, odsyłając ciekawych do podręczników, źródeł drukowanych[75]), oraz jego kroniki, lecz zajmiemy się tą jedynie stroną jego życia, która nas dziś przedewszystkiem obchodzi.

Kiedy Stanisław Thurzo, biskup ołomuniecki, zrezygnował z kanonii krakowskiej Nadzow, nadali ją kanonicy katedralni „vigore litterarum apostolicarum et provisionis“ Miechowicie i wprowadzili go „ut moris est“ „superpilicio et almucio indutum“ do kapituły. Obok kanonii i dochodów z nią połączonych otrzymał Miechowita w r. 1511 na spółkę z Maciejem biskupem przemyskim i za zgodą („speciali consensii“) tego ostatniego prowizoryę domu kanoników, położonego „in acie parietis dextrae versus arcem“. Gdy się zaś biskup przemyski, zostawszy biskupem władysławskim, zrzekł w r. 1514 prowizyi domu kanoników, natenczas został wspólnikiem Miechowity Jan, proboszcz płocki i kanonik krakowski, przyjmując na siebie pewne zobowiązania co do naprawy tegoż domu[76]).

Jan jednak nie myślał o spełnieniu zobowiązań na siebie przyjętych, co spowodowało Miechowitę, który aż do roku 1516 cierpliwie czekał, do wniesienia rezygnacyi ze swej części domu na ręce kanoników. W r. 1520 umiera kanonik krakowski Andrzej Góra, a wieś Szymonowice (Smoniowicze) z tego powodu opróżnioną, otrzymuje Miechowita[77]). Umarł Miechowita 8 września r. 1523. Kanonia była po nim opróżnioną aż do 25 maja r. 1524, w którym nadano ją Feliksowi Leszyckiemu (Liessyczki, podczas gdy wieś praestymonialną Szymonowice nadano Bernardowi Wapowskiemu[78]).

W roku 1515 ubiega się o kanonię przy katedrze krakowskiej „doctor artium et medicinae“, profesor wydziału lekarskiego w Krakowie i lekarz Zygmunta I., Maciej z Błonia[79]). Droga, jaką chciał dojść do kanonii, była drogą zamiany z kanonikiem Janem Chełmskim. Zdaje się, że kapituła nie była mu bardzo przychylną, gdyż trzeba było aż wstawienia się za nim króla, by sprawę przeprowadzić. Na posiedzeniu, które się odbyło 6-go listopada, — i na którem był między innymi obecny i Maciej Grodzicki, — przyjęto ostatecznie do wiadomości rezygnacyę Chełmskiego i oddano jego kanonię i prebendę marchocką „ex causa permutationis cum venerabili domino Julianno Chelmski ipsius possessoris factam vacantem“ Maciejowi z Błonia pod warunkiem złożenia przez niego przepisanej taksy[80]). Korytkowski[81]) nie jest w stanie bliżej określić czasu, w którym Maciej z Błonia tę godność osiągnął, ograniczając się jedynie do przypuszczenia, że wedle prawdopodobieństwa Maciej wcześniej był kanonikiem gnieźnieńskim, niż krakowskim. Na podstawie naszych poszukiwań jednak możemy fakt osiągnięcia kanonii krakowskiej stanowczo oznaczyć pod r. 1515. Zanim jeszcze osiągnął kanonię krakowską, posiadał już Maciej inne kanonie, a mianowicie wspomnianą gnieźnieńską, opróżnioną po Janie Grochowickim[82]) od r. 1505 i poznańską[83]) od r. 1512, którą na mocy dyplomu doktorskiego otrzymał po zgonie kanonika Andrzeja Łaskiego. Krakowską kanonią nie cieszył się zbyt długo, gdyż posiadał ją zaledwie dwa lata. Umarł już w r. 1517, a spadek krakowski przypadł po nim Janowi Konarskiemu, archidyakonowi krakowskiemu i sekretarzowi królewskiemu.

Kiedy się z powodu rezygnacyi Piotra Konarskiego w r. 1531 opróżniła kanonia szlachecka przy kapitule katedralnej, ubiegał się o nią tym razem włoch, doktor Jan Andrzej[84]), patrycyusz Modeny (Joannes Andreas de Valentinis patricius mutinensis, natione Italus), lekarz przyboczny króla Zygmunta I, proboszcz sandomierski i trocki, a później i kościoła św. Floryana na Kleparzu. Ponieważ szło o kanonię szlachecką, przeto było jego obowiązkiem przedłożyć dowody szlachectwa. Jako włoch z pochodzenia mógł doktor Jan Andrzej jednakowoż dostarczyć jedynie dowodów zagranicznych, które kapituła z niedowierzaniem tylko przyjęła. Ostatecznie wdał się w tę sprawę król, a kapituła byłaby już może dowody Jana Andrzeja uznała za wystarczające i byłaby go zaliczyła w poczet swoich kanoników, gdyby nie był wystąpił Tomasz Rożnowski z protestem przeciw temu naruszeniu praw szlachty[85]). Sprawę pozostawiono na razie w zawieszeniu, nie przyznano mu żądanej kanonii, lecz jedynie prowizyę domu kanoników, gdy się takowa w r. 1532 opróżniła przez śmierć kanonika krakowskiego Mikołaja Zamojskiego. Gdy się jednak w r. 1537 opróżniło probostwo katedry krakowskiej z powodu rezygnacyi Sebastyana Branickiego, ubiegał się o nie znowu Jan Andrzej, który uzyskał tymczasem szlachectwo od Zygmunta („qui literas indigenatus et nobilitatis per S. R. sibi collatae produxit“). Kapituła uznała tym razem dowód szlachectwa za przeprowadzony, nadając mu bez żadnych już trudności wspomniane probostwo, — co Gąsiorowski pomija w swojej historyi kanonikatu, — i wieś Grębałów. Doktorowi Janowi Andrzejowi sprzyjało wogóle szczególniejsze szczęście przy ubieganiu się o godności kościelne. Obok bowiem krakowskiego probostwa uzyskał jeszcze kanonię wileńską, poznańską, a w r. 1546 i warszawską. Gdy zaś z powodu rezygnacyi Jana Konarskiego pozostała wieś Dziekanowice bez kanonika, ubiega się i o nią Jan Andrzej. Kapituła się na to żądanie zgodziła, odbierając mu w zamian za to Grębałów i nadając go Uchańskiemu. Umarł w Krakowie 20 lutego r. 1547, doczekawszy się jeszcze wprzód przykrości ze strony innego członka kapituły Jana Drzowickiego, który wystąpił z zarzutem przeciw Janowi Andrzejowi, że mu się z winy tego ostatniego spalił dom, prosząc zebranych członków kapituły o pośrednictwo w tej przykrej sprawie. Spadkiem po nim w kapitule krakowskiej podzielili się: Stanisław Hozyusz, Jan Przerembski kanonik krakowski i Myszkowski. Pierwszy został prowizorem domu kanoników, drugi proboszczem katedralnym, a ostatni otrzymał wieś Dziekanowice[86]). Posiadanie tak licznych kanonii musiało z konieczności pociągnąć za sobą zaniedbanie niektórych obowiązków. To też znaleziono po śmierci Jana Andrzeja w dobrach, jego opiece poruczonych, a przedewszystkiem w Dziekanowicach, ogromne nieporządki[87]).

Z kolei należałoby teraz wspomnieć o Jakóbie z Kleparza, profesorze teologii przy Uniwersytecie Jagiellońskim, który

[75]) Starowolski: Monumenta. str. 24. — J. Chr. Arnold Rozprawa o hojności królów i względach Panów itd. w Rocznikach Tow. Warsz. Przyj. Nauk. T. VII. str. 175. — J. Majer: Kilka wiadomości z dziejów wydz. lek. w Uniw. Krak. w Roczniku wydz. lek. w Uniw. Jag. T. II. str. 45. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości itd. T. I. str. 177. — Wiszniewski: Hist. lit. T. IV. str. 166. — Muczkowski: Liber promotionum pag. 77 et 85. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 27 i 28. — Łętowski: Katalog. T. III. str. 335 i nast. — Oettinger: Rys dziejów itd. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum. fac. art. univ. crac. Cracoviae 1886. — Album studiosorum pag. 214. — Wisłocki: Acta rectoralia. — Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 118—122.

[76]) Nadanie to, jak notują akta kapitulne, odbyło się „in praesentia Andreae Kościelecki thesaurarii Regni Poloniae vitrici eiusdem Joannis praepositi plocensis“.

[77]) Acta actorum vol. II.

[78]) Acta actorum vol. III.

[79]) Starowolski: Monumenta Sarmatarum p. 45. — J. Chr. Arnold: Rozprawa o hojności królów, str. 177. — Majer: Kilka wiadomości z dziejów wydz. lek. str. 45. — Tenże: Wiadomości z życia profesorów, str. 27. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 188. — Muczkowski: Liber promotionum, p. 107. — Łętowski: Katalog biskupów. T. II. str. 39. — Oettinger: Rys dziejów, str. 93. — Kośmiński: Słownik. — Album studiosorum, p. 285. — Wisłocki: Acta rectoralia, p. 471. — Giedroyć: Źródła.

[80]) Acta actorum, vol. II. fol. 299 et 300.

[81]) Prałaci i kanonicy. T. I. str. 47.

[82]) Gąsiorowski: Hist. kanonikatu, str. 307. — Korytkowski: Prałaci i kanonicy. T. I. str. 47.

[83]) Tamże.

[84]) Starowolski: Monumenta, p. 20. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 188. — Rocznik wydz. lek. w U. J. T. III. str. 438. — Grabowski: Starożytnicze wiadomości o Krakowie, str. 223. — Łętowski: Katalog. T. IV. str. 257. — Gąsiorowski: Historya kanonikatu, str. 322. — Kośmiński: Słownik. — Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 125.

[85]) Acta actorum: vol. III. f. 63.

[86]) Acta actorum, vol. III. et IV.

[87]) Acta actorum, vol. IV. fol. 259.

wszedł do kapituły w r. 1541, obejmując kanonię i probendę Łatkowice po śmierci Stanisława Biela, kanonika krakowskiego. Tu wchodzą jednak w grę trudności, których nawet i przy pomocy aktów kapitulnych rozstrzygnąć nie można. Mamy tu na myśli, czy Jakób z Kleparza, którego napotykamy w aktach, a więc kanonik, o którym Łętowski[88]) wspomina, jest identyczny z lekarzem Muczkowskiego[89]), Oettingera[90]) i Giedroycia[91])? Muczkowski wspomina pod rokiem 1505 i 1510 o Jakóbie z Kleparza, nazywając go pierwszy raz jedynie „doctor medicinae", a dodając mu drugi raz godność kanonika łowickiego i proboszcza skierniewickiego. Ta rozmaitość tytułów jemu przypisywanych spowodowała, — jak się zdaje, — Oettingera, że przyjął istnienie dwóch lekarzy tego samego nazwiska. Ten błąd sprostował Giedroyć, prostując zarazem i błąd, w który popadł i Kośmiński[92]).

W aktach katedralnych[93]) znajdujemy tak pod powyżej przytoczonym rokiem, jak i w następnych latach, nazwisko zupełnie identyczne z nazwiskiem lekarza Muczkowskiego, przy którym jednak ani razu nie znajdujemy jakiegokolwiek dopisku, przemawiającego za jego lekarskiem zajęciem. Okoliczność ta nie dowodzi wprawdzie bynajmniej, że nasz kanonik nie był lekarzem, gdyż w aktach kapitulnych znajdujemy bardzo często pominięte najrozmaitsze tytuły i godności, lecz daje zawsze do myślenia. Za tożsamością zaś obydwóch przemawiałby wiek, w którym się obydwa nazwiska w aktach uniwersyteckich i kapituły znajdują, jakoteż i do pewnego stopnia okoliczność, że kanonik, o którym czytamy w aktach kapituły, był już w chwili wstąpienia do kapituły człowiekiem podeszłego wieku, gdyż już w następnym roku z tego powodu uwolniono go od obowiązków kaznodziei. Okoliczność ta dałaby się bardzo dobrze pogodzić z faktem, że Jakób na przeszło trzydzieści lat wstecz osiągnął stopień „magistra artium" i że stosunkowo krótko tylko godność kanonika katedralnego piastował. Wstąpił zaś do kapituły, jak to już wspomnieliśmy w r. 1541, a nie jak Łętowski powiada w r. 1542. Błąd, w który Łętowski popadł, pochodzi prawdopodobnie stąd, że jako datę śmierci Stanisława Biela, poprzednika Jakóba z Kleparza w kanonii, przyjął rok 1542, wyryty na nagrobku[94]). Zdaje się jednak, że rok ten wyrzeźbiono albo błędnie, albo też że data wspomniana oznacza czas umieszczenia nagrobka. W aktach bowiem katedralnych czytamy już pod rokiem 1541 o nadaniu Jakóbowi z Kleparza kanonii „morte olim domini Stanislai Biel vacantem"[95]). Z powodu nawału zajęć, które mu profesura przysparzała, nie mógł należycie spełniać obowiązków, połączonych z posiadaniem kanonii katedralnej, i z tego też powodu zwolniono go już w rok po jej objęciu od uczęszczania na posiedzenia kapituły. Z tego samego powodu, jako też niemniej z powodu ciężaru lat, złożył w ręce kanoników katedry dopiero niedawno mu nadany urząd kaznodziei katedralnego. Z innych czynności jego należy tu jeszcze podnieść, że w r. 1545 wchodził wraz z kardynałem Hozyuszem w skład komisyi, której poruczono zbadanie aktów, odnoszących się do procesu kanonizacyjnego św. Jacka[96]). Umarł w piątek dnia 10-go marca roku 1553[97]). Kanonię i prebendę Łatkowice (Latakowicze), w ten sposób opróżnioną, nadano już 17-go marca tego samego roku doktorowi Mikołajowi z Szadka, dziekanowi kościoła św. Floryana na Kleparzu. Wieś zaś Wąssów otrzymał nieco później Stanisław Górski[98]).

W r. 1533 ubiega się („vigore provisionis sedis apostolicae") przez swego prawnego pełnomocnika Jan Solfa[99]) (Joannes Benedictide Maiori Glogovia, de Trebul), lekarz przyboczny króla, kanonik wileński, warmiński, warszawski, sandomirski i wrocławski, o koadjutoryę kanonii, którą naówczas posiadał kanonik krakowski Jakubowski. Kapituła jednak, zebrana 11-go grudnia tegoż roku, postanowiła jego żądanie oddalić, zarzucając mu pochodzenie nieszlacheckie. Od tej chwili nie sprzyjało Solfie więcej szczęście w Krakowie i rozpoczęły się zatargi między nim a kapitułą. Gdy się bowiem w r. 1546 opróżniła przy katedrze kanonia i prebenda topolska (Thopolya) przez podniesienie jej dotychczasowego posiadacza Andrzeja Zebrzydowskiego do godności biskupa chełmskiego, a Jan i o nią się ubiegał, nie nadano mu jej, powierzając natomiast tytułem pierwszeństwa Janowi Czermińskiemu, (Czyrmieński) kantorowi przemyskiemu i sekretarzowi królewskiemu. Kiedy się Solfa o tem dowiedział, wpadł do kapituły, protestując wobec zgromadzonych właśnie kanoników przeciw temu postępowaniu jej członków. Oburzona tym krokiem kapituła odpowiedziała nań równie energicznym protestem, do którego się w pierwszym rzędzie przyłączył Czermiński. Niezrażony jeszcze tem wszystkiem, ubiega się znowu Jan jeszcze w tym samym roku o kanonię i prebendę bossutowską, którą posiadał naówczas Jan Leżeński. Gdy mu się jednak i wtedy nie udało pozyskać dla siebie głosów prałatów i kanoników kapituły, począł w r. 1547 czynić ponownie kroki o uzyskanie kanonii i prebendy topolskiej. Tym razem opierał swoje starania na szlachectwie, uzyskanem od Ferdynanda, króla rzymskiego, przedkładając po temu dowody. Zalecał go od króla na tę kanonię Jan Ocieski, kasztelan biecki. Jednakowoż szlachta, dowiedziawszy się o tych zabiegach Solfy, wysłała do kapituły wybranych przez szlachtę wszystkich ziem polskich posłów, których imieniem przemawiał Jerzy Konarski, kasztelan międzyrzecki, protestując przeciw wyborowi Solfy, jako cudzoziemca, na kanonika katedralnego. W energicznem swojem przemówieniu odezwał się Konarski między innymi w ten sposób, że się obawiał przedewszystkiem stworzenia precedensu na szkodę szlachty przez nadawanie godności przy katedrze osobom obcym wątpliwego pochodzenia. „....Multos ex infirmo et plebeio genere homines etiam aduenas et alienos, ad dignitates, praelaturas, praebendas et canonicatus istius ecclesiae cathedralis cracoviensis et aliarum insignium, admitti, suscipi et in collegium suum recipi, ab eisdemque pleraque eiusmodi insgnia loca, possideri et occupari. Quae alioquin non aliis quam filiis istius patriae nobilibus, jure regni debent? videnturque ipsae ecclesiae, quasi quaedam xenodochia et hospitalia nobilitatis esse. Quaequidem leges, iura et privilegia huiusmodi per sedem apostolicam confirmata, plurimum violata et debilitata esse conspiciuntur in grande dedecus istius venalis confessus et epsius nobilitatem non mediocre praeiudicium".... Cofając się zaś wstecz i przeglądając pokrótce ostatnich kilka nadań kanonii krakowskich, zakończył w ten sposób: „....Quaemadmodum ....fuerunt doctor Andreas praepositus nuper defunctus, Carolus Antonius et reliqui complures, veluti etiam et nunc fertur recipiendus, quidem dominus doctor Joannes Solffa ad hanc ecclesiam cracoviensem, *qui ut dicitur et extra regnum hoc et minime nobili loco natus sit* proinde petiit diligenter quatinus reverendi domini, id in posterum non admittere sed iura, prinilegia et immunitates ecclesiae manu tenere et inviolata conservare dignarentur[100])". Widząc, że sprawa źle stoi, uciekł się Solfa do podstępu, stawiając 17-go maja 1547 r. czterech świadków „vulgariter Ochońskie dictos, omnes, ut dicitur, nobiles", którzy mieli dowodzić jego szlachectwa. Przy bliższem jednak badaniu pokazało się, że oni nie znali nawet pochodzenia Solfy, a kapituła ich jako przekupnych odrzuciła. Trzeba było dopiero wstawienia się biskupa krakowskiego Samuela Maciejowskiego, żeby mu kapituła oddała „ex pluralitate votorum" kanonię topolską, opróżnioną tym razem z powodu rezygnacyi Jana Czermińskiego. Lecz i teraz nie obeszło się jeszcze bez protestu, który podnieśli Czermiński i Albert Kijewski, uważając szlachectwo Solfy za nieudowodnione.

Mimo to jednak utrzymał się przy kanonii, a gdy w roku 1551 kapituła warmijska miała wybrać swojego biskupa, należał Solfa do owych czterech kandydatów, których jej król przedstawił. W r. 1554 otrzymuje wieś Zielonki, gdy jej dotychczasowy posiadacz Piotr Porębski otrzymał Wąssów, a w r. 1555 zostaje prowizorem domu kanoników, którym przedtem zarządzał kanonik Maciej Łącki (Mathias Lanczki). Przy Zielonkach utrzymał się Jan, zwany także w aktach wprost Benedyktem (Joannes Benedictus) aż do r. 1559, kiedy to otrzymał wieś prestymonialną Węgrzyce, — którą dotychczas posiadał kanonik Walenty Herbot — pod warunkiem przygotowania tamże w ciągu 2 lat mieszkania dla siebie i swoich w prowizoryi następców. Nie utrzymał się

---

88) Katalog. T. III. str. 128.
89) Liber promotionum, p. 142 et 149.
90) Rys dawnych dziejów, str. 146.
91) Źródła biogr. bibliograficzne.
92) Słownik.
93) Acta actorum, vol. III. IV. et V.
94) Łętowski: Katalog. T. II. str. 28.
95) Acta actorum: vol III. f. 322 et 323.
96) Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. vol. I. Ap. 20.
97) Acta actorum: vol. V. f. 91 v.
98) Acta actorum: vol. V. f. 92 et 98.
99) Arnold: O hojności królów. Roczniki tow. warsz. T. VII. str. 177. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 189. — Wiszniewski: Hist. lit. pol. T. VIII. — Grabowski: Starożytnicze wiadomości. str. 224 — Łętowski: Katalog. T. II. str. 12 i nast. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 147. — Kośmiński: Słownik. — Hipler et Zakrzewski: Stanislai Hosii epistolae. T. II. §§ 558; 937, 1132, 1143, 1495, App. 47, 48, 66.— Wisłocki: Liber diligentiarum. — Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 125.

100) Acta actorum: vol. IV. fol. 214.

jednak i przy Węgrzycach długo, gdyż tylko 2 lata, odstępując je kantorowi i sufraganowi Walentemu Szlomowskiemu, uzyskując natomiast dla siebie wieś prestymonialną Brzezie, której prowizorya została opróżnioną z powodu śmierci proboszcza katedralnego Rafała Wargawskiego. Umarł w 1564 r. dnia 31-go marca[101]), a nie 30-go, jak powiada Kośmiński.

Zaledwie się tylko rozeszła pogłoska o jego śmierci, rozpoczęła się walka o kanonię topolską. Ubiegało się o nią aż 3 kandydatów, mianowicie: Walenty Kuczborski, sekretarz kardynała Hozyusza, Paweł Stępowski, kanonik władysławski, a jako trzeci kanonik płocki, doktor praw Jan Skaszewski[102]). Wszystkim trzem udało się przeprowadzić swoją instalacyę na rzeczoną kanonię. Jeszcze więcej kanoników ubiegało się o wieś Brzezie, którą jednak otrzymał Stanisław Szlomowski, biskup laodycki, kantor i sufragan krakowski[103]). Dom zaś kanoników („....in vicco canonicali dextrae partis ex castro eunti sitta sexta ab acie").... nadano kanonikowi Rafałowi Misłowskiemu.

Dla kapituły katedralnej zapisał Solfa 200 fl. pol.[104]), zastrzegając dla siebie za odsetki z tej sumy anniwersarz, a egzekutorowie testamentu uczynili zadość jego ostatniej woli w r. 1571.

Pod rokiem 1544 wspominają akta kapitulne o lekarzu Adamie[105]), nie podając obok imienia żadnego bliższego określenia tak, że nie jesteśmy w stanie na podstawie tej zapiski stanowczo rozstrzygnąć, czy tu idzie o osobę świecką, czy też duchowną, oraz czy lekarz ten pozostawał w jakich stosunkach do kapituły. Z tego co tu zanotowano wynika, że był on właścicielem domku, graniczącego z dobrami bieżanowskiemi, należącemi do kapituły i że prosił kapitułę, by mu odstąpiła kawałek gruntu celem powiększenia swego domku. Kapituła zgodziła się na jego żądanie pod pewnymi z góry mającymi się spełnić warunkami. Co się tyczy osoby Adama, należałoby przypuszczać podług tej zapiski, że tu mamy do czynienia z lekarzem stanu świeckiego, gdyż zapiski w aktach kapitulnych tytułują go jedynie „doctor Adam medicus". Czy tu jednak nie idzie o Adama z Brzezin, tego ani zaprzeczyć, ani też twierdzić nie można tembardziej, że we współczesnych aktach biskupich napotykamy jeszcze i innych lekarzy, których akta krótko nazywają „Adamus doctor in medicinis". I tak znajdujemy takiego lekarza pod rokiem 1550[106]), gdy pod rokiem 1551[107]) akta wspominają o doktorze Adamie z Brzezin, a pod rokiem 1554[108]) znowu o Adamie z Krakowa (Doctor Adamus de Cracovia), który naówczas był plebanem w Luboczycy. Pewnem jest, że mamy tu przed sobą co najmniej dwóch lekarzy Adamów, a mianowicie z Brzezin i z Krakowa; czy jednakowoż nie idzie tu przypadkiem o trzech lub nawet czterech współczesnych sobie lekarzy Adamów, tego rozstrzygnąć na podstawie tak krótkich wzmianek nie można. Gdybyśmy się jednak chcieli wdawać w rozumowania, moglibyśmy z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć, że Adam z Brzezin, o którym akta biskupie wspominają, jako o świadku w sprawie plebana bieżanowskiego, doktora Marcina z Proszowic, identycznym jest z Adamem, sąsiadem dóbr bieżanowskich, o którym wspominają akta katedralne pod r. 1544.

W rok później napotykamy w aktach innego lekarza, którym się kapituła musiała bliżej zająć[109]). Szło o lekarza Jędrzeja z Opoczna (Andreas de Opoczno[110]), który, jak się zdaje, z powodu sporu z kanonikiem katedralnym Maciejem Zielińskim zawezwał pośrednictwa kapituły. O przyczynie sporu wspominają akta bardzo krótko, nazywając je ogólnikowo „controversiae et iniuriae verbales". Zdaje się, że pokrzywdzonym był tym razem Jędrzej z Opoczna, gdyż przewodniczący sądu upomniał kanonika Zielińskiego, by się w przyszłości wstrzymywał „a minis et comminationibus quibusvis" wobec Jędrzeja.

O osobie tego lekarza dotychczas bardzo mało wiemy, tembardziej więc zadziwić musi, że się z nim dotychczas prawie jedynie przy rozprawach sądowych[111]) zapoznajemy. Krótka zaś powyższa wzmianka nie pozwala na żadne wnioski o stosunku jego do kapituły. Nieco później, lecz tegoż samego jeszcze roku zajmują się kanonicy katedralni Jakóbem[112]) lekarzem, który towarzyszył Janowi Gamratowi, palatynowi mazowieckiemu, bratu arcybiskupa Gamrata, gdy się udawał z Janom na prośbę arcybiskupa dla poratowania zdrowia palatyna „ad thermas pathavinas". Temu to Jakóbowi dodają akta nasze tytuł „chirurgicus". Mimo to jednak nasuwa się myśl, czy osoba Jakóba chirurga nie jest przypadkiem identyczną z innym lekarzem, o którym wkrótce pomówimy, a mianowicie z Jakóbem z Biskupic. Przydomek bowiem „chirurgicus" możnaby dostatecznie wytłómaczyć rodzajem choroby Gamrata, która wymagała leczenia chirurgicznego.

Przeciw temu przypuszczeniu przemawiałaby jednak okoliczność, że się domagał od kapituły nietylko zwrotu kosztów poniesionych podczas podróży z bratem arcybiskupa, ale także i wynagrodzenia za trudy poniesione, czegoby prawdopodobnie Jakób z Biskupic, posiadający aż dwie kanonie lekarskie, a między niemi i krakowską, nie uczynił. Kapituła przyznała mu ze sumy, uzyskanej ze sprzedaży ruchomości i nieruchomości, pozostałych po Gamracie, obok kosztów poniesionych w kwocie 40 flor., jeszcze 60 flor. tytułem wynagrodzenia. Równocześnie z tą sprawą załatwiła kapituła podobną sprawę innego lekarza, lecz już stanowczo świeckiego, mianowicie Jana Antonina przyznając jemu za leczenie tego samego chorego kwotę 100 flor.

Mimo, że się członkowie kapituły posługiwali — i to, jak widzimy, stosunkowo nierzadko — lekarzami z poza kapituły, nie brakło takowych wtedy i pośród nich. Kiedy bowiem w roku 1544 umarł Stanisław Tarło, biskup przemyski i kanonik krakowski, otrzymał opróżniony przez niego archidyakonat lubelski i „stallum" w katedrze krakowskiej doktor medycyny Bartłomiej ze Stradomia[113]) (Bartholomeus a ponte regio crac. seu de Stradomia artium et medicinae doctor, custos s. Aegidii crac.), zwany także Sabinka (Sabinus, Sabynka), doradca lekarski kardynała Hozyusza[114]) i Zygmunta Augusta. O działalności jego w kapitule akta nic nie wspominają, a z nazwiskiem jego spotykamy się znowu w rocznikach naszych dopiero po jego śmierci, która nastąpiła w r. 1556, prawdopodobnie dnia 11-go sierpnia, a nie 20-go rzeczonego miesiąca, jak to podaje napis na nagrobku, przytoczony przez Starowolskiego i jak za nim wszyscy autorowie powtarzają. Już bowiem na posiedzeniu kapituły, które się odbyło 14-go sierpnia tegoż roku, zdano sprawę z pogrzebu Sabinki, który się odbył w tym właśnie dniu w kościele katedralnym („...cuius (Bartholomei Sabinka) exequiae funebres die hodierno (14 Augusti) hoc in templo sunt absoluti[115])"....

W kilka zaledwie miesięcy po wyborze Sabinki oddali kanonicy kapituły swoje głosy innemu, wyżej już wspomnianemu lekarzowi, mianowicie Jakóbowi z Biskupic[116]) (Jacobus Pontificius a Biskupicze artium et medicinae doctor, canonicus gnesnensis et plocensis, archidiaconus lovicensis), któremu akta także raz nadają tytuł „iurium doctoris"[117]) i „insignis mathematicus"[118]). Tym razem szło o nadanie kanonii i prebendy chmielnickiej, osieroconej przez śmierć Mikołaja Miłkowskiego, kanonika kra-

---

[101]) Acta actorum: vol. V. fol. 493 et v.

[102]) Ibidem: fol. 493 et 495.

[103]) Acta actorum: vol. VI. fol. 1 et v.

[104]) Acta actorum: vol. VI. fol. 190.

[105]) Acta actorum: vol. IV. f. 14 et 35.

[106]) Acta officialia: vol. 82. p. 521.

[107]) Ibidem: p. 711—712.

[108]) Acta officialia: vol. 84. p. 925.

[109]) Acta actorum: vol. IV. fol. 84 v. et 85.

[110]) Majer: Wiadomości z życia prof. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 28. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 164 et 167. — Kośmiński: Słownik.

[111]) Wisłocki: Acta rectoralia.

[112]) Acta actorum: vol. IV. fol. 103 et 104.

[113]) Starowolski: Monumenta. p. 29 et 162. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 193. — Rocznik wydz. lek. T. II. str. 47. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 180. — Grabowski: Starożytnicze wiadomości. str. 224. — Łętowski: Katalog. T. IV. str. 24. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 42 i 43. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 164. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum.

[114]) Hipler et Zakrzewski: Stanislai Hosii epistolae. Tom II.

[115]) Acta actorum: vol. IV. fol 47 et vol. V. f. 237 v.

[116]) Starowolski: Monumenta. p. 708. — Arnold: Rozprawa druga o hojności królów. str. 252. — Rocznik wydz. lek. Uniw. Jag. T. II. str. 57. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 231. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 173 et 179. — Łętowski: Katalog. T. II. str. 35—37. — Gąsiorowski: Hist. kanonikatu. str. 308. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 159. — Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. T. II. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum. — Windakiewicz: Materyały do historyi Polaków w Padwie w Archiwum do dziejów lit. i oświaty w Polsce. T. VII. str. 159. — Korytkowski: Prałaci i kanonicy. T. III. str. 253 i 254. Giedroyć: Źródła.

[117]) Acta actorum: vol. V. fol. 115.

[118]) Ibidem: f. 161.

kowskiego i proboszcza łowickiego, o którym Gąsiorowski w podręczniku swoim tyle jedynie podaje, ile z nagrobka, przytoczonego przez Starowolskiego, wyczytał. Nie więcej, aniżeli Gąsiorowski, wie o nim i Łętowski, jakkolwiek pierwszemu z tego czyni zarzut. Nadanie Pontificiusowi kanonii krakowskiej w r. 1545 zasługuje z tego względu na uwagę, że przy wyborze tym wzięli członkowie kapituły za podstawę *breve* papieża Pawła III z roku 1543. Wynikiem tego było, że Pontificiusowi oddano kanonię lekarską. „....prout in continenti eundem dominum doctorem Jacobum de Biskupicze, de promotione doctoratus sui per venerabilem dominum Joannem Droiowski can. crac. sufficienter docentem, superpellicio et almutio indutum *in ecclesiam ut et tanquam medicinae doctorem induxerunt*[119])«. Na tej samej podstawie, na której uzyskał kanonię krakowską, osiągnął Jakób pierwszą kanonię lekarską w Gnieźnie w roku 1543, o czem jednak napis na nagrobku nie wspomina.

W r. 1550 otrzymał wspólnie z kanonikiem Janem Czermińskim w zarząd dobra Dobrawoda, a w roku 1552 sprawdzał wspólnie z kanonikiem Stanisławem Górskim szlacheckie pochodzenie Hieronima Garwaskiego, gdy się ten ubiegał o kanonię dojazdowską. Umarł około 6-go lipca roku 1554 w plebanii Wąssosse[120]), a nie w r. 1553, jak wynika z napisu na nagrobku, przytoczonego u Starowolskiego, co także powtarza ją Gąsiorowski, Korytkowski i inni. Chorował krótko, gdyż jeszcze 28-go czerwca r. 1554 zasiadał w kapitule. Egzekutorami jego testamentu byli: Zygmunt ze Stężycy i Marcin Kromer. Następcą jego w kanonii chmielnickiej był Hieronim Garwaski, ten sam, którego szlachectwa sam Pontificius dowodził. (C. d. n.)

IX. † Dr. Jan Mikulicz-Radecki

profesor chirurgii w Uniwersytecie wrocławskim, członek honorowy, czynny i korespondent wielu towarzystw naukowych na obu półkulach, niezrównany operator, człowiek głębokiej wiedzy i nadludzkiej pracy, — zakończył życie w Wrocławiu d. 14 czerwca 1905 r. Przyszedł na świat w r. 1850 w Czerniowcach, gdzie ojciec jego był sekretarzem Izby handlowej. Nauki średnie pobierał w Pradze czeskiej, Wiedniu, Celowcu, Hermansztadzie i Czerniowcach. W r. 1869 wstąpił na wydział lekarski w Wiedniu, który ukończył w r. 1875. Następnie poświęcił się chirurgii pod kierunkiem Billrotha, którego wreszcie został asystentem i sprawował te obowiązki do r. 1881. Otrzymawszy urlop od swego szefa, zwiedził pierwszorzędne Zakłady chirurgiczne w zachodniej Europie, jak Listera, Volkmanna i inne, a po powrocie do Wiednia habitował się na docenta chirurgii. W r. 1882, licząc lat 32, mianowany został profesorem chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej w Uniw. Jagiellońskim. Jeśli kliniki wiedeńskie wówczas nie odpowiadały swemu przeznaczeniu, to cóż powiedzieć o klinice krakowskiej, która zaniedbaniem srodze urągała tym zasadom antyseptyki, które pierwszy począł u nas wyznawać i stosować poprzednik Mikulicza prof. Bryk. Pomimo przełomu, jaki nastał po r. 1866 w wewnętrznej polityce rządu rakuzkiego, ministeryum oświaty nie mogło jakoś przystosować się do nowych form bytu politycznego w Austryi i odmawiało stale funduszów na podjęcie przeobrażeń w Zakładach klinicznych prowincyonalnych, wskazanych i koniecznych po przeobrażeniu pojęć patologii ogólnej. Poparty skutecznie przez Billrotha, udał się Mikulicz do ministra oświaty i wyjednał małe przeróbki w klinice dotychczasowej, a przedewszystkiem skłonił rząd do ostatecznego postanowienia wybudowania kliniki z gruntu nowej. Te starania Mikulicza, które były początkiem reorganizacyi krakowskich instytutów uniwersyteckich, pozostaną na zawsze w wdzięcznej pamięci społeczeństwa polskiego. Wydział lekarski nie wpisał Mikulicza do listy kandydatów na katedrę chirurgii: polecając Rydygiera, Obalińskiego, Lessera, Hofmokla, oświadczył Wydział, że wysoko sobie ceni naukę i niepospolite zdolności kandydata ministeryalnego Mikulicza, ale nieznajomość języka polskiego, będącego ustawowo językiem urzędowym Uniwers. Jagiellon., wyklucza go ze współubiegania się; przeszkoda ta, z chwilą, w której Mikulicz oświadczył ministrowi, że zna na tyle język polski, że się podejmuje w nim wykładać, została usuniętą; Mikulicz otrzymał nominacyę na prof. chirurgii w Krakowie, a począwszy od wykładu wstępnego, przekonał Wydział i słuchaczów, że rzeczywiście włada polskim językiem o tyle, że nie potrzebuje szukać pomocy w innym obcym języku dla jasnego wyrażenia swoich myśli. Wrodzony dar zjednywania ludzi, a przytem wyjątkowa zdolność młodego chirurga obok skromności i prostoty, zjednały Mikuliczowi w Krakowie serca słuchaczy, kolegów, a nawet społeczeństwa polskiego. Wniósł on ożywczą siłę w powolny prąd naszego życia lekarskiego, przekonał o potrzebie »Domu zdrowia« w Krakowie, rozbudził ruch naukowy w Towarz. lekarskiem, którego w r. 1887 został prezesem, wreszcie otworzył oczy rządowi austryackiemu na opłakane stosunki naszych instytucyi uniwersyteckich: nic więc dziwnego, że kiedy rząd niemiecki wezwał go do objęcia katedry w Królewcu, młodzież uniwersytecka, jak również Wydział lekarski i senat uniwersytecki czyniły największe starania, by skłonić Mikulicza do pozostania w Krakowie. Mikulicz opuścił nasze miasto r. 1887, a po trzech latach pobytu w Królewcu miał zająć katedrę po Volkmannie w Halli; lecz w tymże czasie zawakowała katedra chirurgii w Wrocławiu, którą objął w r. 1900. Po śmierci Billrotha proponowany był na drugiem miejscu na katedrę w Wiedniu, a gdy ta katedra znowu opróżniła się po śmierci Gussenbauera, Wydział lekarski w Wiedniu postawił go w ternie na pierwszem miejscu; lecz tego wezwania Mikulicz nie przyjął, mając w Wrocławiu wspaniale urządzoną klinikę i znakomite warunki działania, tak odpowiadające jego usposobieniu i jego żądzy naukowej pracy. Na wysokości tego powodzenia zaskoczyła go groźna choroba, która przecięła to pożyteczne, a tak płodne życie.

Działalność naukowa Mikulicza objęła wszystkie działy chirurgii: pierwsze swe prace poświęcił on patologii układu kostnego, mianowicie ogłosił studya o rozmaitości osobniczej kształtów kości udowej i goleniowej u ludzi; o skrzywieniach bocznych w stawie kolanowym; o operacyi uda z powodu kolana koślawego; o wyłuszczeniu łopatki; o nowej osteoplastycznej metodzie resekcyi kości stopy; o leczeniu operacyjnem próchnienia kręgów; o niekrwawem nastawianiu zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych itd.; obmyślił skoliozometer, przyrząd do mierzenia bocznych skrzywień kręgosłupa. Dłuższe studya poświęcał przełykowi, w szczególności pracował nad udoskonaleniem wziernika przełykowego; udowodnił, że zwężenie przełyku często ma źródło w skurczu wpustu, a przytem poświęcił parę rozpraw fizyologii przełyku. Na jednem z posiedzeń Towarz. lekarz. krakowskiego, mówiąc o szkodliwych następstwach wyłuszczenia całego wola, poruszył sprawę doniosłą częściowego jego wycięcia; myśl tę przeniósł i na operacyjne leczenie choroby Basedowa, którem zajmował się w czasie pobytu w Wrocławiu. Chirurgia jamy brzusznej i przewodu pokarmowego zawdzięcza Mikuliczowi swój rozwój: szereg artykułów poświęcił Mikulicz leczeniu ropnych zapaleń otrzewnej, tak zogniskowanych, jak i rozlanych i obmyślił swój sposób sączkowania jamy brzusznej, powszechnie znany pod nazwą »worka Mikulicza«. W chirurgii żołądka podał swoją modyfikacyę metody operacyjnej przy zwężeniach odźwiernika; pisał o laparotomii przy przedziurawieniu żołądka; rozszerzył technikę operacyjną przy raku żołądka i wydał nader gruntownie opracowaną rozprawę o postępowaniu

[119]) Acta actorum: vol. IV. fol. 63 et v. et 64.
[120]) Acta actorum: vol. V. f. 161.

chirurgicznem w przewlekłym wrzodzie żołądka. Chirurgia jelit zawdzięcza Mikuliczowi wiele ulepszeń operacyjnych. Przy złośliwych nowotworach jelit był on zwolennikiem resekcyi doszczętnej guza w dwóch posiedzeniach; prócz tego pisał o laparotomii w przypadkach przedziurawienia jelit, o niedrożności jelit, o postępowaniu operacyjnem przy wypadnięciu prostnicy i t. d. Pracę Mikulicza o obecnym stanie chirurgii trzustki należy uważać za zbiór wszystkich wiadomości i osobistych poglądów autora na patologię tego gruczołu.

Pracując z pewnem upodobaniem nad patologią niektórych działów chirurgii, jak układ kostny, wól, jama brzuszna, przewód pokarmowy, Mikulicz nie spuszczał z oka całego obszaru nauki, którą uprawiał; stąd powstało to tak liczne piśmiennictwo kazuistyczne, w którem na każdym przypadku wycisnął on piętno swego wyższego i samoistnego umysłu. Z liczby tych przyczynków wymienić należy osobną postać chorobową, polegającą na symetrycznem schorzeniu gruczołów łzowych i ślinnych, która nosi jego imię.

Pracując, jak nikt przed nim, w chirurgii trzew, przemyśliwał Mikulicz nad sposobem uodpornienia otrzewnej przeciw sztucznemu zakażeniu. Doświadczenia, które poczynił zachęcony przez Mikulicza Dr. Miyaka, dowiodły, że wstrzyknięcie do jamy otrzewnej roztworu soli kuchennej wywołuje spotęgowaną leukocytozę tak w przesięku otrzewnym, jak i w samej krwi; badania te świeżej daty nie doprowadziły jeszcze do wyrobienia zdania o praktycznej wartości tego zabiegu, nie wypowiedział też o nim Mikulicz swego zapatrywania.

Niemniej nie wyraził Mikulicz swego zdania o operowaniu chorób śródpiersiowych w kamerze pomysłu Sauerbrucha pod większem lub mniejszem ciśnieniem. Rozważny i ściśle krytyczny Mikulicz nigdy nie wyprowadzał wniosków ze sporadycznych przypadków, a twierdzenia swoje zawsze popierał na bogatej statystyce.

Kto, jak Mikulicz, wykonał tyle zabiegów w jamach i narządach wewnętrznych, ten potrafi ocenić całą praktyczną wartość bezgnilnego sposobu operowania i ten pojmie, dlaczego Mikulicz poświęcił połowę swych sił na wydoskonalenie aseptyki, którą w klinice wrocławskiej doprowadził do ostatnich granic możności. Do tych usiłowań należą jego prace o dezinfekcyi rąk i skóry zapomocą spirytusu mydlanego, o rękawiczkach podczas operacyi, o używaniu maski na nos i usta podczas operacyi i tyle innych. W tych zasadach bezwzględnej aseptyki wykształcił Mikulicz całe pokolenie chirurgów, a sam święcił tryumfy niedoścignionego i szczęśliwego operatora. Dzięki aseptyce chirurgia z rokiem każdym poczęła rozszerzać granice swego terytoryum na narządy wewnętrzne, a chirurdzy stopniowo poczęli się stawać internistami i temu przeobrażeniu dał wyraz Mikulicz w piśmiennictwie lekarskiem i wraz z Naunynem rozpoczął przed 10 laty wydawać czasopismo p. t. *Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Chirurgie und der Medicin*. W 13 tomach, które do tej pory wyszły, klinika wrocławska zajmuje swojemi pracami niemal połowę miejsca. Najwięcej osobistych poglądów i wniosków z działalności naukowej ostatnich lat umieścił Mikulicz w dziele *Handbuch der praktischen Chirurgie*, które wydał wraz z Kauschem, Brunsem i Bergmannem.

Mistrz w dyagnostyce chorób żołądka, Mikulicz rozpoznał na sobie samym raka tego narządu. Laparotomia, wykonana przez Dr. Eiselsberga, musiała pozostać tylko próbną: nowotwór rozszerzył się już na narządy sąsiednie i wszelkie zabiegi do wyłuszczenia byłyby co najmniej bezskuteczne. Krwawe wymioty, którym uległ podczas pobytu w Meranie, przykuły Mikulicza do łoża, z którego już nie miał się podźwignąć.

Tak zgasł w sile wieku człowiek niepospolity, głębokiej wiedzy, wielkiej pracy, nieobliczonych zasług dla nauki i ludzkości. Jak wszyscy ludzie wyżsi ponad poziom przeciętny, Mikulicz był człowiekiem skromnym, prostym, koleżeńskim, szeroko pojmującym swoje zadanie życiowe. Opatrzność dała mu życie piękne: dzielił je między ulubioną muzykę a surową pracę chirurga: w ostatnim swym liście, już pogodzony z losem, pisał: »Umieram bez wszelkiej urazy i z odczuciem zadowolnienia z życia. Pracowałem według sił moich i znalazłem na świecie uznanie i szczęście«. Z takiemi słowami na ustach odlatują tylko duchy wyższe, którym ludzkość odpłaca niespożytą i wieczną wdzięcznością. *A. Kw.*

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Bardzo ciekawie i na czasie będące uwagi zawiera wiedeński list, ogłoszony w Nr. 26 b. r. „Münch. med. Wochschr.“ Przytaczamy kilka więcej zajmujących szczegółów.

Kolegium profesorów lekarskiego wydziału wiedeńskiego powzięło w ostatnich czasach uchwałę, zmierzającą do utrudnienia uzyskania docentury. Dotychczas starający się o stopień docenta wnosił podanie, a specyalny komitet zawodowców oceniał jego prace naukowe, godność osobistą i następnie zdawał sprawę wydziałowi wraz z wnioskiem przychylnym lub odmownym, nad którym wydział głosował. Przypuszczonym był kandydat do docentury, jeśli uzyskał w głosowaniu bezwzględną większość; w przyszłości będzie inaczej: tylko ten kandydat zostanie przypuszczonym do *colloquium* i przedstawionym do zatwierdzenia ministerstwu, który uzyska w głosowaniu $^2/_3$ większości. Uchwałę tę wydziału lekarskiego przesłano ministerstwu oświaty, — w jego ręku spoczywa obecnie decyzya. Posiedzenia wydziału są tajne; mimo to zawsze dostają się do publicznej wiadomości różne szczegóły i obecnie też dowiedziano się, że sprawę powyższą referował pewien wybitny członek wydziału, a uzasadniał swój wniosek tem, że na wydziale lekarskim wiedeńskim jest już za dużo sił nauczycielskich, że stosunek ilościowy sił nauczycielskich do liczby uczniów jest niestosunkowo wielki. Powiadają także, że ten sam przepis ($^2/_3$ większości) ma obowiązywać i przy innych sprawach osobistych, n. p. przy udzielaniu docentowi tytułu profesora nadzwyczajnego.

Ciekawą jest rzeczą, że właśnie niedawno pokazała się w kołach lekarzy i profesorów wiedeńskich broszura, napisana przez lekarza praktycznego dr. Ludwika Freya p. t. „Uwagi społeczno-lekarskie o stosunku profesorów uniwersytetu i docentów do lekarzy praktyków“ (»*Socialärztliche Betrachtungen über das Verhältnis der Universitätsprofesoren und Docenten zu den praktischen Aerzten*«) W broszurze tej zwraca się autor z wezwaniem do wydziału, by raczył baczniej spoglądać na ciężkie życie praktyków i zajął się ich ciężką dolą. Treść tej broszurki przedstawia się, jak następuje: Dr. Frey wykazuje liczbami, że personal nauczycielski w wiedeńskim wydziale lekarskim wzrósł od r. 1890. W r. 1890 było profesorów 21 zwyczajnych, 37 nadzwyczajnych i 66 prywatnych docentów (na ogół 124 sił nauczycielskich); w r. 1903 było już 20 zwyczajnych profesorów, 74 nadzwyczajnych i 103 prywatnych docentów (razem 197 sił nauczycielskich), a w r. 1904 podniosła się ogólna liczba sił nauczycielskich na 207. Wydział lekarski ze wszystkich czterech wydziałów ma największy przypływ sił nauczycielskich. Równocześnie sława wydziału lekarskiego wiedeńskiego w porównaniu z dawniejszymi czasami znacznie przycichła: zagraniczni uczniowie chętniej ciągnęli do Berlina lub Hejdelbergu, a liczba uczniów zwyczajnych krajowców znacznie spadła. Trudno wytłómaczyć sobie znaczny wzrost sił nauczycielskich postępem wiedzy, lub rosnącą liczbą słuchaczy; — przyczyna tego zjawiska leży gdzieindziej, a mianowicie w wyjątkowem stanowisku profesorów uniwersyteckich. Profesorowie wydziału lekarskiego, — czego nie ma na innych wydziałach, — zajmują się praktyką i to nieraz bardziej niż nauczaniem, niejednokrotnie wypierają z praktyki długoletnich lekarzy domowych, słowem stanowią bardzo poważne niebezpieczeństwo dla bytu lekarzy praktyków. O stopień akademicki starają się często ludzie nie z gorącej miłości dla nauki, ale dla widoków na materyalnie zapewnioną i łatwiejszą egzystencyę. „Karyerowiczostwo, oportunizm i bizantynizm stanowią dźwignie, popychające medyka na szczeble akademickiej hierarchii“. Uzyskać docenturę dzisiaj łatwiej, niż dostać prymaryat szpitalny, albo nawet posadę kierownika oddziału w jakiem ambulatoryum! Ponadto profesorowie i docenci gałęzi teoretycznych, jak n. p. hi-

storya medycyny, farmakologia, patologia doświadczalna, używają tego tytułu w swej praktyce lekarskiej. Publiczność wierzy, że taki docent lub profesor ma także większe doświadczenie i większą wiedzę, niż zwykły praktyk w wykonywanym przez siebie dziale praktycznej medycyny, odnosi się do niego z większem zaufaniem i płaci go lepiej. W ten sposób wytworzył się rodzaj lepiej płatnych lekarzy i jeśli tak dalej, jak do tej pory, lekarze będą się habilitowali i dostawali tytuły nadzwyczajnych profesorów, to w krótkim czasie wytworzy się gruntowny rozdział między lekarzami praktycznymi: z jednej strony stać będzie szereg profesorów i docentów, cieszących się t. zw. *praxi aurea*, a z drugiej biedni proletaryusze, zarabiający ledwo na życie praktyką kasową lub praktyką w rodzinach niezamożnych. Najniebezpieczniejszym konkurentem lekarza praktyka jest dzisiaj docent i tytularny profesor, wykonywujący zawód lekarski w mieście: dr. Frey dochodzi do radykalnego wniosku, żeby docentom i profesorom pozostawić praktykę konsultacyjną, jednak zabronić ogólnej praktyki lekarskiej — a zatem do wniosku, na który nie tak łatwo się zgodzić i który zwalczać uważa autor listu za zbyteczne. Dr. Frey wzywa także, jak już wspomnieliśmy, wydział lekarski o pomoc w tym względzie. Najwłaściwszą odpowiedzią wydziału na broszurę Freya jest wyżej podana uchwała wiedeńskich profesorów.

W związku z powyższą sprawą stoi fakt, że 20 czerwca b. r. zainterpelowali ministra wyznań i oświaty w Izbie posłów dr. Heilinger i towarzysze w sprawie stosunków na wydziałach lekarskich. Wywodzili oni: „Profesorowie i prywatni docenci na wydziale lekarskim wiedeńskim, którzy wykładają praktyczne gałęzie medycyny, mianowicie medycynę wewnętrzną, chirurgię, położnictwo i dermatologię, używają swoich tytułów prawie wyłącznie dla wyrobienia sobie lepszej praktyki, a wiedzą zawodową zajmują się niestety często tylko ubocznie. Im większą mają praktykę, tem mniej się oddają nauczaniu i tem mniej się zajmują badaniami naukowemi. Wynikiem tego jest, że lekarze, opuszczający ławy szkolne, mniej są wykształceni zawodowo. Przyczyna tego leży między innemi i w tem, że bardzo wiele czasu poświęca się na uniwersytecie dla spraw, które z przyszłą praktyką medyka w luźnym pozostają związku, a za to mało czasu zostaje na naukę praktycznych gałęzi lekarskich. Chorób zakaźnych, jak płonica, błonica, odra i t. d., nie widzi student zupełnie w klinikach, jak to wywodził w wykładzie swoim wybitny wiedeński higienista dr. Schranck. Zabiegom chirurgicznym musi się uczeń przyglądać w klinikach tylko z odległości, z galeryi, przy pomocy lornetki. Coraz bardziej daje się odczuwać, że niektórzy profesorowie i docenci, coraz mniej na szkodę uczniów zajmują się nauką, a gonią za złotonośną praktyką lekarską i konkurują z lekarzami praktycznymi, a pamiętać należy tutaj, że ci sami profesorowie i docenci często funkcyonują jako rzeczoznawcy sądowi w sprawach lekarzy praktycznych. Niektórzy profesorowie uważają, że zgadza się z ich powołaniem bawić nieraz u chorego daleko w obcym kraju, a dać się zastępować w czynności profesorskiej przez innego, często mniej zdolnego lekarza. Jeżeli stan lekarski nie ma stracić na swojem poważaniu i znaczeniu, należy temu zaradzić. I dlatego wnioskodawcy zapytują: Czy Jego Ekscelencya jest skłonną zarządzić, by 1) wykonywanie praktyki lekarskiej dozwolone było profesorom wydziałów lekarskich tylko w ograniczonym stopniu, a nigdy na koszt czynności nauczycielskich? 2) by natomiast profesorów i docentów odpowiednio lepiej wynagradzać? 3) by udzielenie tytułów docenta wstrzymać (!), gdyż tytuł ten bywa używany jako państwowa reklama dla uzyskania dobrej praktyki? i 4) by na uniwersytetach zwracano większą uwagę na praktyczne gałęzie medycyny, niż na medycynę sądową, chemię, higienę i t. d., które to przedmioty medycyny publicznej i tak lekarz, poświęcający się publicznej służbie zdrowia, zdawać musi przy egzaminie fizykackim"?

Dla dokładności podaje autor listu, że poseł Alojzy Heilinger jest doktorem prawa, urzędnikiem magistratu i docentem w c. k. technicznem Muzeum przemysłowem, a więc chyba zna z własnego doświadczenia stosunki na naszych wydziałach lekarskich, oraz potrzeby medyków i lekarzy. Prawdopodobnie lekarze byli suflerami jego interpelacyi; w pogoni jednak za oryginalnością, radykalizmem i Bóg wie jeszcze czem, pomięszał Heilinger sprawy słuszne z niesłusznemi. I tak n. p. obok życzeń racyonalnych, już nieraz podnoszonych, wyraża niemądre życzenie, by znieść tytuł docenta! Panowie Heilinger i towarzysze, którzy dzisiaj okazali się tak bardzo dbałymi o powagę i znaczenie stanu lekarskiego, to są ci sami panowie, którzy w sejmie dolnoaustryackim w przykry sposób szyderski rzucili się na profesorów wiedeńskiego wydziału lekarskiego, co nawet wywołało gorący protest u wszystkich lekarzy austryackich; to są ci sami panowie, którzy w sejmach stawiają wnioski, by znowu zaprowadzić po małych miasteczkach prowincyonalnych, jakto bywało dawniej, niższą kategoryę lekarzy, felczerów, chirurgów, żeby dozwolić na praktykę znanym (chociaż już często karanym) „składaczom kości". Ministrowi oświaty chyba nie sprawi żadnej trudności odpowiedź na tę interpelacyę.

„Stowarzyszenie austryackich docentów szkół wyższych" rozpisało nagrodę 300 K. za najlepszą pracę na temat: „Położenie i stanowisko prawne docentów prywatnych, szczególnie szkół wyższych w Austryi i państwie niemieckim". Konkurs ten ma na celu uzyskać dane, któreby się dały zużytkować wobec przepisów ustawowych i administracyjnych, aby tą drogą uzyskać wpływ na materyalne położenie docentów. Rękopisy niemieckie, opatrzone godłem, należy adresować do dnia 1 stycznia 1906 do zarządu Stowarzyszenia (Wiedeń I, Uniwersytet). Koperta, opatrzona tem samem godłem, co praca, powinna zawierać nazwisko autora. Wydział stowarzyszenia rozstrzygnie konkurs, względnie przyzna nagrodę, której w żadnym razie nie podzieli. *Stahr.*

Katedry medycyny społecznej domaga się rezolucya, powzięta na wniosek dr. A. Kleina na Wiecu Towarzystw lekar. w Wiedniu d. 26 marca (porównaj „Przegl. lek." str. 355, 1905). Jak obecnie miałem sposobność się przekonać, domagają się tej instytucyi nietylko sfery lekarskie, ale i przemysłowohandlowe. Bo oto sprawozdanie Izby handlowoprzemysłowej Austryi niższej za r. 1903 wyraźnie zaznacza, jak bardzo dla sfer handlowoprzemysłowych byłoby potrzebnem, aby na uniwersytecie zaznajamiano adeptów sztuki lekarskiej z medycyną asekuracyjną (*Versicherungsmedizin*). Niema dziś bowiem już lekarza, jak mówi sprawozdanie, któryby się nie znalazł w położeniu, iżby dla jakiejś prywatnej czy publicznej instytucyi ubezpieczeniowej nie musiał złożyć jakiegoś lekarskiego sprawozdania lub orzeczenia. Liczba lekarzy, cieszących się zaufaniem towarzystw ubezpieczenia na życie, rośnie coraz bardziej. Kasy chorych, a więc instytucye publiczne, ubezpieczające robotników w razie choroby i przypadku, zatrudniają bardzo dużo lekarzy w państwie. Wszyscy ci lekarze wynieśli z uniwersytetu bardzo niedokładne wiadomości o specyalnych zadaniach lekarzy, pracujących w dziale ubezpieczenia wogóle, a to, co wiedzą, nabyli drogą autodydaktyczną i to nieraz z wielkiemi trudnościami. Sprawami, odnoszącemi się do szerokiego zakresu ubezpieczenia, zajmować się muszą dzisiaj nietylko lekarze, w tym dziale pracujący zawodowo, jako mężowie zaufania tych lub owych instytucyj, ale często i od innych, szczególnie młodych lekarzy, wymaga się wystawienia świadectwa i wydania orzeczenia w sprawach asekuracyjnych, a więc od lekarzy, którzy się wcale nie zajmują tym działem zawodowo. Jako przykład niech służą coraz więcej mnożące się nieszczęśliwe wypadki, powodowane tramwajami elektrycznymi. Wszystkie one podlegają ustawom z 5 marca 1869, Dz. u. p. pr. Nr. 27, albo z 12 lipca 1901 Dz. u. p. p. Nr. 147, które stanowią o obowiązku odszkodowania, jaki mają przedsiębiorstwa kolejowe w razie nieszczęśliwego wypadku, wywołanego z ich winy. Lekarz praktyczny ma w takich przypadkach donieść, sporządzać historye chorób i wydać orzeczenia. Gdyby lekarze, w takich razach funkcyonujący, byli dokładnie ze sprawą obeznani, możnaby w licznych przed sądem handlowym toczących się sprawach uniknąć już to tak częstych nieporozumień i nieprzyjemności, które dotykają lekarzy, już to straty czasu i pieniędzy, co znowu przykro dotyka oskarżone przedsiębiorstwa i towarzystwa asekuracyjne, obowiązane do odszkodowań, towarzystwa, w których oskarżone przedsiębiorstwo było ubezpieczone. Zawiłe kwestye nerwicy traumatycznej, udawania (simulatio), przesadzania (aggravatio), dokładne spostrzeganie przedmiotowych cech cierpienia z wypadków i ewentualnych późniejszych, z niego wynikających skutków lub też powikłań, wymagają osobnego studyum i specyalnych wiadomości. Bez tych wiadomości może łatwo lekarz popaść w błąd, czy to raz dając zbytnio wiarę zapewnieniom swego pacyenta, czy też na odwrót innym razem za mało na nich polegając. Jednak nietylko badany może ponieść nieraz ciężką szkodę, ale i sam lekarz, skoro wśród toczącego się procesu o odszkodowanie dostanie się do publicznej wiadomości, że on właśnie popełnił błąd, że się nie poznał na cierpieniu. Wszystko to wydarzyć się może tylko dlatego, że lekarz nie jest obeznany z działem medycyny asekuracyjnej, bo nigdy nie miał sposobności zajmować się temi sprawami. Nieraz zapóźno dowiaduje się, jak doniosłe w praktyce znaczenia jest ten dział medycyny.

Z powyższych powodów dział ten medycyny nie powinien być nadal, jak dotąd, zaniedbywany w klinikach. Kwestye to należą zupełnie tak samo do praktycznego wykształcenia medyka, jak sztuka odpowiedniego pisania recept. Jasną jest rzeczą, że nauka tego przedmiotu nie powinna być dowolną, pozostawioną do wyboru studenta, ani przyczepioną do jakiejkolwiek kliniki z obopólną

szkodą, ale obowiązkową i wykładaną systematycznie z osobnej katedry. Katedra ta powinna mieć zapewnione wszelkie środki pomocnicze, dla swej nauki potrzebne, tak statystyczne, jak i literackie, zbiory fotografii typowych uszkodzeń, wywołanych nieszczęśliwym wypadkiem, fotografij rentgenowskich, odlewów gipsowych, modeli maszyn, niebezpiecznych dla otoczenia i t. d. Bardzo ważne byłyby także doświadczenia co do śmiertelności, statystycznie zestawione przez towarzystwa ubezpieczeń na życie. Dane te mogłyby służyć do studyowania statystyki co do dziedziczności, niebezpieczeństw połączonych z wykonywaniem pewnych zawodów i innych spraw, z których to studyów na odwrót i nauka lekarska wogóle mogłaby dla siebie wyciągać wnioski.

To przeświadczenie, że na polu medycyny, będącej w związku z ubezpieczeniami, wzajemna wymiana doświadczeń jest niezbędną, skłoniło niemieckie Stowarzyszenie dla nauki asekuracyjnej powołać do życia oddział lekarski, poświęcony sprawie ubezpieczeń.

Związek austryacko-węgierskich prywatnych towarzystw asekuracyjnych ma potworzyć naukowe stowarzyszenia, a mianowicie matematyczno-statystyczne, politechniczne, przyrodnicze i prawnospołeczne. Dział przyrodniczy będzie pewno obejmował i medycynę asekuracyjną. Stałe porozumiewanie się lekarzy, pracujących czy to w prywatnych, czy publicznych towarzystwach asekuracyjnych, mogłoby na pewno pchnąć naprzód naukę w tym zakresie; na tej samej drodze dałoby się osiągnąć także porozumienie w pewnych sprawach, co do których nie zgadzają się między sobą naczelni lekarze poszczególnych towarzystw asekuracyjnych. *Stahr.*

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 lipca.

* Prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zawiadamia, że zmiana statutów dotychczasowej Kasy chorych lekarzy we Lwowie została zatwierdzoną przez Namiestnictwo, wobec czego koledzy przynależni do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej mogą być przyjmowani do tej Kasy.

* W Nr. 4 „Ginekologii“ czytamy: „Redaktor i wydawca „Ginekologii“ dr. Czesław Stankiewicz został ponownie powołany do służby wojskowej i opuścił Warszawę. Z tego powodu wydawnictwo „Ginekologii“ zostaje czasowo zawieszone.

* Krakowska ekspozytura centralnego Związku fabrycznego zawiadamia nas, że członek Związku, firma Stanisław Gurgul, reprezentująca fabrykę parową biszkoptów i pierników w Jarosławiu, rozpoczyna w zakładzie swoim „wyrób pieczywa leczniczego dla dyabetyków“. Pierwsze próby zostały posłane doc. dr. Lembergerowi do zbadania.

* Walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyło posiedzenie 29 czerwca b. r. Do zarządu wybrani zostali: Radca Dw. dr. J. Merunowicz (prezes), dr. Opolski (zastępca prezesa), doc. dr. Szulisławski (sekretarz), dr. Festenburg (skarbnik), wreszcie doc. Kowalski i dr. Stachiewicz (członkowie Rady zawiadowczej).

* Prymaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w lwowskim szpitalu powszechnym mianował Wydział krajowy dr. Józefa Krzyszkowskiego.

* Młodszym etatowym ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w warszawskim szpitalu wolskim mianowany został dr. Kaz. Rzętkowski.

* Dzienniki rosyjskie donoszą, że rząd tamtejszy zezwolił na przyjmowanie do czasowej służby w wojsku lekarzy, którzy przekroczyli zakreślony dla urzędników wiek 65 lat. Bezpośrednia władza ma się przekonać o zadawalniającym stanie zdrowia kandydata i przyznaczyć go do czynności na tyłach wojska.

* Dziennik Towarzystwa lekarskiego im. Pirogowa został skonfiskowany a redaktor uwięziony. Członkowie zarządu tego Towarzystwa złożyli prokuratorowi poosobne oświadczenia, że może on uważać ich za spółwinnych i pociągnąć do odpowiedzialności.

* Akademia wojskowo-lekarska uchwaliła pozostawić prof. Pawłowa w czynnej służbie jeszcze lat 5, pomimo że głośny fizyolog dosięgnął już tego wieku, który ustawa przyjmuje za kres działalności profesorskiej.

* W pierwszym tygodniu lipcowym zmarło na cholerę dziecięcą 12 dzieci krakowskich. Wiadomo, jak wielką rolę w powstawaniu tej choroby odgrywa złe mleko, tembardziej zatem zwrócić należy uwagę na świeżo założoną u nas instytucyę „Kropli mleka“.

* Wynik niedawno odbytego głosowania na członków Izb lekarskich galicyjskich nie jest znany i nie może być jeszcze znany: Według ustawy (§ 5) karty głosowania władza miejscowa (powiatowa, prezydenci miast Lwowa i Krakowa) przesyła do namiestnictwa, które, po sprawdzeniu prawomocności głosujących, odsyła je do zarządów obu Izb lekarskich. Izby na osobnem posiedzeniu przeprowadzają obliczenie głosów i podają wynik do publicznej wiadomości. Według wszelkiego prawdopodobieństwa nastąpi to jeszcze w miesiącu lipcu.

* We Lwowie ma powstać wydawnictwo p. t. „Przewodnik po Galicyi“, który obejmie między innemi i zdrojowiska i uzdrowiska krajowe. Przewodnik wychodzić będzie 15 września i 15 kwietnia i znachodzić się w wagonach kolei galicyjskich I i II klasy. Zgłoszenia przyjmuje p. Antoni Jung (Lwów, ul. Bartosza Głowackiego, 14).

* Dr. Levy ogłasza w „Le Progrès médical“ wyniki leczenia suchotników w sanatoryach niemieckich: w dwa lata po odbytem leczeniu sanatoryalnem czwarta część wszystkich chorych — umiera; po czterech latach losowi temu ulega $1/3$, a po 6 latach więcej niż połowa. Również zdolność do pracy po leczeniu sanatoryalnem nie przedstawia się świetnie: po 2 latach połowa nie jest w stanie zarabiać na życie; po 4 latach — jedna trzecia, po 6 — jedna szósta. Liczby te są w istocie zniechęcające, o il dotyczą samych suchotników; z drugiej jednak strony statystyka rządowa, nic wspólnego nie mająca z reklamą, wykazuje stopniowe zmniejszanie się śmiertelności z gruźlicy, będące w prostym stosunku do zwiększającej się liczby sanatoryów; zależy to zapewne od mniejszej liczby zarażających się gruźlicą wskutek usunięcia suchotników z środowiska rodzinnego: gdybyśmy więc zapatrywali się na sanatorya dla suchotników tylko jako na zakłady izolacyjne, to jeszcze potrzeba i pożytek ich istnienia byłyby uzasadnione.

* Prof. Garrè z Królewca ma widoki zajęcia katedry po ś. p. prof. Mikuliczu.

* W sądzie paryskim toczyła się sprawa dr. Forta, obwinionego o „niedbałość podczas operacyi“, która spowodowała śmierć dwóch osób. Fort w celu rozszerzenia w jednym przypadku przełyku, a w drugim cewki moczowej, użył elektrolitycznego rozszerzacza swego pomysłu: w obu przypadkach koniec narzędzia oddzielił się, wpadając w pierwszym do żołądka, w drugim do pęcherza. Fort o smutnym wypadku nie uwiadomił tych chorych i oba wkrótce pomarli, leczeni przez innych lekarzy, których również Fort nie uprzedził o wypadku. Sprawa wyszła na wierzch wskutek doniesienia jednego z pomocników (nie lekarza). Śród wielkiej liczby wezwanych świadków i znawców znajdowali się Brouardel i Reclus, którzy twierdzili, że tego rodzaju przypadek zdarzyć się może każdemu lekarzowi, chorzy zaś pomarli z innych powodów, mianowicie z chorób, na które Fort ich operował. Sąd uwolnił obwinionego od odpowiedzialności.

* Między 25 czerwca a 1 lipca stwierdzono w 20 gminach, należących do 13 powiatów galicyjskich, 32 nowych przypadków zapalenia opon mózgowordzeniowych. Zmarło w tym czasie osób 24 w 20 gminach. W tymże czasie zaszło 3 przypadki ospy w powiecie chrzanowskim, oraz doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: brzeskim (1 gm.), brzeżańskim (3 gm.), buczackim, cieszanowskim, drohobyckim, horodeńskim, jaworowskim (po 1 gm.), kołomyjskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim, sanockim (po 2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (5 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (3 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, złoczowskim (po 1 gm.), żółkiewskim (3 gm.).

* Między 2 a 8 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi: w powiecie chrzanowskim (2 gm.) i zaleszczyckim (1 gm.). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (5 gm.), buczackim (2 gm.), horodeńskim, drohobyckim, jarosławskim, jaworowskim, kamioneckim lwowskim (po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), sanockim (2 gm.), śniatyńskim, staro-samborskim (po 1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), żółkiewskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani profesorami nadzwyczajnymi: dr. Buttler — pedyatryi w Chicago; dr. Edsall — medycyny wewnętrznej w Filadelfii. Dr. Thomson mian. profesorem zwyczajnym w Londynie. Doc. dr Braun mianowany prof. nadzwyczajnym chirurgii w Lipsku.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 7. Simon: O nietypowych i poronnych postaciach przestankowego chromania.

— *Postęp okulistyczny* Nr. 6. Beigel: Przyczynek do etyologii pryszczykowych zapaleń oka. Wicherkiewicz: 1) Słówko w sprawie leczenia jaglicy. 2) Zapoznawanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.

— *Medycyna* Nr. 27. Trzciński: Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym (c. d.). Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 26. Gabszewicz: Prof. Dr. Jan Mikulicz-Radecki. Pruszyński: O zapaleniu opon mózgowordzeniowem nagminnem (dok.).

— *Kronika lekarska* Z. 13. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 192: Achard: Znaczenie soli w patologii (Przełożył z francuskiego dr. Podkóliński).

— *Ginekologia* Nr. 4. Wit. Orłowski: Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży. Dobrowolski: Sprawozdanie z dziesięciolecia (1895—1905) kliniki położniczej Uniw. Jagiel. Radcy Dworu prof. Henryka Jordana. Czyżewicz *(jun.)*: Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych. Pisarzewski: O znieczuleniu skopolaminomorfinowem przy porodzie.

— *Głos lekarzy* Nr. 14 zawiera: Dziesięciolecie Izb lekarskich. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Towarzystwo lekarzy galicyjskich. — Nowe ograniczenie praw lekarzy kolejowych. — Odpowiedź namiestnictwa na petycyę lekarzy okręgowych — Z praktyki sądowej.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 8. Lembergier: Czy można zastąpić naturalne wody mineralne sztucznemi? Grabowski: Kilka dat statystycznych o ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1904.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 8. *F. Z*: Kilka uwag z powodu tegorocznego Zjazdu balneologicznego. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy (c. d.).

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaeteticke therapii* Nr 8. Bakeš: Kasuistické příspěvky ku poznani osteoarthropathii při syringomyelii (s poznámkami o spontannich frakturách vůbec (dok.). Mourek: Vzácný případ náhlé duševni infekce šesti sourozenců (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 28. Cisler: O poruše řeči při posunčině. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 6. Cisler: Poznámky k pathologii obrn svěračů hlasivky. Nová: Zkušenosti o maretinu.

— *La Presse medicale* Nr. 53. Lombardi: Przyczynek do nauki o obojnactwie dróg rodnych. Colte: Zgorzel karbolowa.

Nr. 54. Reclus: Powody wywołujące zapalenie wyrostka robaczkowego. Lebreton: Leczenie miejscowe przewlekłego zapalenia cewki moczowej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28. Babes i Panea: Zmiany patologiczne a krętek blady w kile wrodzonej. Bickel: Doświadczalne badania nad wpływem zasad i kwasów na wydzielniczą czynność błony śluzowej żołądka. Ehrlich i Apolant: Uwagi nad złośliwymi nowotworami u mysz. Reinecke: Trzy przypadki owaryotomii pochwowej metodą Dührssena. Dunbar: Etyologia i swoista terapia gorączki siennej. Hoffmann: O znajdowaniu się krętka w raku zwrzodziałym

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Latzko: Operacya raka macicy ciężarnej drogą brzuszną. Glas: Przyczynek do patologii guzów podstawy języka. Raubitschek: O znalezieniu krętka bladego w krążącej krwi.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28. Siegel: Nowe badania nad etyologią kiły. Müller i Seidelmann: Fizyologia i patologia odruchów ściany brzusznej. Frey: Uniknięcie podrażnienia nerek wielkiemi dawkami przetworów salicylowych. Manteufel: Doświadczenia z odczynem Gruber-Widala z uwzględnieniem wspólnej aglutynacyi prątków „paratyfusu". Kranepuhl: Wytwarzanie ropni przez prątek „paratyfusu" B. Reiche: Gruźlica a ciąża. Heissler: Epidemia odry. Salzer: Czego nas poucza nowa bawarska statystyka ociemniałych. Thesing: Krytyczne uwagi o krętku bladym w kile. Sahli: Uproszczenie butyrometrycznej metody badania żołądka i jego znaczenie dla praktyki lekarza (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28 Lichtheim: Torbiele móżdżka. Kraske: Zachowanie się zwieracza i dalsza jego sprawność przy wyłuszczeniu raka odbytnicy. Wassermann i Citron: W sprawie tworzenia się bakteryjnych istot zaczepnych w żyjącym ustroju. Bickel: O napięciu w sokach ustroju w warunkach fizyologicznych i patologicznych. Stern: Badania nad patogenezą niedokrwistości i nad czynnościową oceną wątroby u chorych na kiłę. Esau: Operacyjne wyleczenie ropnia śledziony po durze brzusznym. Landau: Śmierć po uśpieniu morfinowo-skopolaminowem. Werner: Miejscowe uczulenie i uodpornienie tkanki przeciw działaniu radu (dok).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 28 (od dnia 9/VII do 15/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 19; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 19; zamiejscowych: męż. 16, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 8, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 2. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 25.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nieszkodliwość lysoformu. Dr. Mode z Karlhorst podaje spostrzeżenie, dowodzące, że lysoform nie jest trujący 23-letnia kobieta zażyła zamiast ergotyny przez pomyłkę łyżkę nierozcieńczonego (koncentrowanego) lysoformu. Pomimo niemiłego smaku połknęła pacyentka całą tę ilość i nie zwymiotowała. Mode stwierdził w godzinę potem stan zupełnie dobry; chora skarżyła się jedynie na niewielkie pieczenie w przełyku. Dlatego nie przepłukano żołądka, lecz zalecono tylko obficie mleko i kleik ryżowy. Później stan nie pogorszył się, tętno i ciepłota pozostały prawidłowe.

Unguentum Heyden

Maść z **kalomelolu** do **przeciwkiłowych** wcierań (*Neisser*). Nie zabarwia, nie brudzi. Łatwo się wciera (najwyżej w ciągu 15 minut). Dawka pojedyncza 6 gr. W podzielonych rurkach rozsuwanych po 30 i 60 gr.; 60-gramowe odpowiadają zwykłemu okresowi 5 wcierań. Z powodu czułości maści należy unikać przepisywania w pojedynczych dawkach.

Calomelol

(Koloidalny kalomel). Zastępuje kalomel jako wewnętrzny lek **przeciwkiłowy** w kołaczykach po 0,01, jako zasypka na **szankra, wrzody kiłowe.** Nie tak trujący, jak kalomel.

Novargan

Najbardziej **niedrażniące Antigonorrhoicum** wśród **przetworów srebrowych.** Niezwykle bakteryobójcze. Do wstrzykiwań rozczyn 0,25—1%.

W **przypadkach świeżych** (do leczenia poronnego) 1—3% rozczyn (10 cm³) do wstrzykiwań lub 15% rozczyn (0,5 cm³) do wkraplań.

Rozczyn przyrządzać na **zimno**; do przepłukiwania pęcherza można ogrzać do 40°.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka).

Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptokarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie,** gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bolach głowy i gośćcowym bolu zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowem. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako wcierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomite usługi.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe,** Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler,** handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2·40, mała K. 1·20. — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

— Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu. —

Leukrol. Nowy, epokowy środek leczniczy, działa zdumiewająco szybko i bezwzględnie pewnie w **bladnicy, niedokrwistości** i wszystkich z tego wynikłych stanach. Szybkością i skutecznością działania przewyższa wszystkie dotąd znane i stosowane środki, jakkolwiek się nazywają i z czegokolwiek są złożone. **Jedyny wewnętrzny lek swoistv, działający niezawodnie, a uderzająco w upławach białych nietryprowych.** Dawka: Kołaczyków 5—6 na dzień. Wyciągu płynnego 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Haemorrhoisid. Nowy lek wewnętrzny, działający szybko i bezwzględnie pewnie przeciw **krwawnicom,** których uciążliwe objawy w 2—4 tygodni zupełnie usuwa. Dawki: Kołaczyków 3 na dzień. Wyciągu płynnego 3 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Thiovinal, zalecany przez lekarzy we wszystkich chorobach dróg oddechowych, nieżycie oskrzeli, gruźlicy płuc i t. d.

Extr. fluid. Orthos. Od wielu lat wypróbowany, znakomity lek przeciw **kamieniom nerkowym, żółciowym, pęcherzowym, nieżytowi pęcherza, zatrzymaniu moczu i t. p.,** przewyższa wybornem działaniem znacznie najużywańsze wody mineralne. Dawka: 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej w filiżance ogrzanej wody.

Nirvenol. Działa uderzająco szybko w **gośćcu, dnie,** usuwa szybko bole po **stłuczeniach, wykręceniach, naciągnięciach mięśni i t. p.** Stosuje się jako wcieranie.

Piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom. — Sprzedaż tylko aptekom. —

Skład główny: **G. & R. FRITZ, Wiedeń I. Bräunerstrasse 5, Droguerya en gros.** 31

CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERSGEHOFEN.

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

VICHY ETAT

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMES VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Cholewicz F.**
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Bielecki Ignacy**, lek. okr.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).
Dr. **Zanietowski J.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Zuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wohr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok Bozen (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatoryum" i „Sonnenhofu".

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.